

O CUIDADO TEM NOME

Vínculo, equipe e território na Atenção
Primária à Saúde: o que as pessoas com
diabetes ensinam ao SUS

JOSÉ ILTON LIMA DE OLIVEIRA
INGRID MARIA SILVA REIS

1ª edição · 2026

JOSÉ ILTON LIMA DE OLIVEIRA

INGRID MARIA SILVA REIS

O CUIDADO TEM NOME

*Vínculo, equipe e território na Atenção Primária à Saúde: o que as
pessoas com diabetes ensinam ao SUS*

1ª edição

Bacabal — Maranhão — Brasil · 2026

© 2026 José Ilton Lima de Oliveira · Ingrid Maria Silva Reis

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial para fins de estudo, ensino, pesquisa e formação de trabalhadores do Sistema Único de Saúde, desde que citada a fonte. Vedada a utilização comercial sem autorização expressa dos autores.

Autores José Ilton Lima de Oliveira; Ingrid Maria Silva Reis

Pesquisa de campo José Ilton Lima de Oliveira

Formato e-book (PDF), 16 × 23 cm

ISBN 978-65-XXXXX-XX-X

DOI 10.xxxxx/xxxxxxx

1ª edição 2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

O48c Oliveira, José Ilton Lima de.

O cuidado tem nome: vínculo, equipe e território na Atenção Primária à Saúde: o que as pessoas com diabetes ensinam ao SUS / José Ilton Lima de Oliveira, Ingrid Maria Silva Reis. – 1. ed. – Bacabal, MA: [s. n.], 2026.
___ p.: il.; e-book (PDF).

ISBN 978-65-XXXXX-XX-X

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Vínculo.
4. Enfermagem. 5. Medicina de Família e Comunidade. 6. Diabetes mellitus.
I. Reis, Ingrid Maria Silva. II. Título.

CDD 610.7343

CDU 614.39

Ficha catalográfica a ser elaborada por bibliotecário(a) — CRB ____/____

NOTA SOBRE A OBRA

Este livro é obra derivada, revista e substancialmente ampliada, da pesquisa "Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: as relações de vínculo profissional-usuário no cuidado aos pacientes diagnosticados com diabetes mellitus", trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão, campus Bacabal, sob orientação da Profª Drª Ana Cláudia de Almeida Varão. A pesquisa de campo foi realizada com autorização institucional na Unidade Básica de Saúde do Areal, em Bacabal — MA, observadas as disposições da Resolução CNS nº 466/2012. Os dados empíricos aqui apresentados pertencem àquela pesquisa; a fundamentação teórica, a atualização normativa, a análise ampliada e as recomendações são elaboração própria desta edição.

COMO CITAR ESTA OBRA

OLIVEIRA, J. I. L. de; REIS, I. M. S. O cuidado tem nome: vínculo, equipe e território na Atenção Primária à Saúde: o que as pessoas com diabetes ensinam ao SUS. 1. ed. Bacabal: [s. n.], 2026. E-book.

*Às pessoas que abriram a porta de casa,
ofereceram uma cadeira e responderam com honestidade
a uma pergunta difícil.*

*Às equipes de Atenção Primária do interior do Brasil,
que sustentam o SUS onde ele é mais necessário
e menos visível.*

“O vínculo carrega, em si, um potencial terapêutico.”

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica, 2017.

“Nenhuma tecnologia em saúde é usada por quem não sabe a quem recorrer.”

Os autores

APRESENTAÇÃO

Este livro nasceu de uma pergunta que parecia simples e se revelou incômoda. Entre novembro de 2019 e janeiro de 2020, em visitas domiciliares no bairro Areal, em Bacabal, no Maranhão, catorze pessoas que conviviam com diabetes mellitus foram convidadas a dizer se a figura do profissional que as acompanhava estava clara para elas. A maioria hesitou. Algumas confundiram categorias profissionais. Uma única pessoa disse um nome.

O achado foi originalmente lido sob a chave da Enfermagem, disciplina de formação do primeiro autor e recorte natural de um trabalho de conclusão de curso. Passados alguns anos de prática em serviço, gestão e ensino, ficou evidente que aquele resultado dizia respeito a algo maior do que uma categoria: dizia respeito ao modo como a Atenção Primária à Saúde se torna — ou não se torna — reconhecível para quem depende dela. Não era um problema da Enfermagem. Era um problema de equipe, de organização do processo de trabalho e de política pública.

Reescrever a pesquisa em forma de livro exigiu, portanto, duas operações. A primeira foi ampliar o foco: da consulta de enfermagem para o encontro clínico em sentido amplo, envolvendo médicos e médicas de família e comunidade, agentes comunitários de saúde, equipes de saúde bucal, equipes multiprofissionais e o pessoal da recepção — que, não raro, é quem primeiro decide se alguém será acolhido ou dispensado. A segunda foi atualizar o chão normativo e epidemiológico sobre o qual a discussão se apoia. Entre a coleta dos dados e esta edição, o Brasil mudou o financiamento da APS, substituiu os Núcleos Ampliados de Saúde da Família pelas equipes Multiprofissionais, digitalizou o registro clínico e passou a medir, com indicadores próprios, aquilo que antes era tratado como virtude difusa: o vínculo e o acompanhamento territorial.

É essa a aposta do livro. Se o vínculo se tornou objeto de mensuração e de repasse financeiro, ele deixou de ser apenas um valor moral do trabalho em saúde e passou a ser um problema técnico, gerencial e político — que pode ser descrito, avaliado e melhorado. Ao mesmo tempo, nenhum indicador substitui aquilo que os dados desta pesquisa mostram de forma crua: se as pessoas não sabem quem cuida delas, não há continuidade possível, por mais completo que esteja o cadastro.

A obra está organizada em três partes. A Parte I reconstrói o arcabouço conceitual e normativo do vínculo na APS brasileira, do conceito psicanalítico de Pichon-Rivière às tecnologias leves do trabalho em saúde, dos atributos de Starfield à arquitetura de equipes e ao cofinanciamento vigente. A Parte II apresenta a pesquisa de campo — método, participantes, falas e números — com a transparência que a pesquisa qualitativa exige, inclusive quanto aos seus limites. A Parte III traduz os achados em recomendações operacionais para equipes, gestores e docentes, e propõe uma agenda de continuidade.

O leitor encontrará aqui um texto escrito por duas mãos que trabalham do mesmo lado do balcão: um enfermeiro sanitarista e uma médica de família e comunidade. Essa escolha não é acessória. Um dos argumentos centrais deste livro é que o vínculo não pertence a nenhuma profissão isoladamente; pertence à equipe e ao território. Escrever sobre isso separadamente teria sido, no mínimo, incoerente.

Os autores
Maranhão, 2026

PREFÁCIO

Há livros que se dedicam a explicar políticas de saúde e há livros que se dedicam a mostrar o que acontece com elas quando chegam à porta de uma casa. Este pertence ao segundo grupo, e é por isso que ele importa.

A Atenção Primária à Saúde brasileira acumulou, nas últimas décadas, uma arquitetura normativa admirável: princípios, atributos, tipos de equipe, sistemas de informação, indicadores e modelos de financiamento. O que esta obra faz é submeter toda essa arquitetura a um teste elementar — perguntar às pessoas cuidadas se elas sabem quem cuida delas. O resultado desconcerta e, por isso mesmo, ensina.

Ao recusar o recorte uniprofissional e devolver o problema à equipe, os autores evitam a armadilha corporativa que tantas vezes empobrece o debate na saúde. E ao articular os achados de campo com o desenho atual da política — equipes multiprofissionais, cadastro qualificado, indicadores de vínculo e acompanhamento territorial —, entregam ao leitor algo raro: uma crítica que vem acompanhada de caminho.

José Ilton Lima de Oliveira
Mestre em Gestão e Inovação em Saúde, UFRN

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

PREFÁCIO

PARTE I — O ENCONTRO COMO TECNOLOGIA 1

- 1 A Atenção Primária que o SUS escolheu ser 2
- 2 Vínculo: de conceito clínico a diretriz de política pública 6
- 3 Do enfermeiro à equipe: quem é o sujeito do vínculo? 9
- 4 Diabetes: uma condição que se cuida em relação 12

PARTE II — O QUE O CAMPO DISSE..... 14

- 5 Percurso metodológico 15
- 6 Quem são as pessoas do território 19
- 7 "Não sei dizer quem é": a figura profissional em disputa 22
- 8 Acolhimento: o primeiro ato clínico 26

PARTE III — DO ACHADO À AÇÃO..... 30

- 9 Dez movimentos para tornar a equipe reconhecível 31
- 10 O vínculo que se mede: cadastro, indicadores e financiamento 34
- 11 Formação: como se aprende a criar vínculo 37
- 12 Considerações finais 38

REFERÊNCIAS 40

- APÊNDICE A — Roteiro de entrevista 43
- APÊNDICE B — Questionário e escala de percepção 44
- APÊNDICE C — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 45

SOBRE OS AUTORES 46

PARTE I

O ENCONTRO COMO TECNOLOGIA

Fundamentos conceituais, normativos e epidemiológicos do vínculo na Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária que o SUS escolheu ser

Antes de discutir vínculo, é preciso decidir de que Atenção Primária se está falando. A expressão comporta projetos incompatíveis entre si. Há uma atenção primária entendida como filtro barato para conter a demanda de serviços mais caros, e há outra, entendida como base organizadora de todo o sistema, responsável por cuidar de pessoas ao longo do tempo. O Brasil, ao construir o Sistema Único de Saúde, escolheu a segunda — e é essa escolha que torna o vínculo uma questão técnica, e não apenas uma gentileza.

1.1 De Alma-Ata ao território brasileiro

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978, firmou a ideia de que a atenção primária deveria ser o primeiro nível de contato dos indivíduos e da comunidade com o sistema de saúde, o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham. Quarenta anos depois, a Declaração de Astana reafirmou o compromisso, agora com ênfase na cobertura universal, na integração de serviços e no protagonismo das comunidades.

No Brasil, esse projeto encontrou forma jurídica na Constituição de 1988 e na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que definiu a saúde como direito fundamental e atribuiu ao Estado o dever de prover as condições para o seu exercício. A mesma lei consagrou os princípios da universalidade, integralidade e equidade, e determinou que as ações e serviços fossem organizados de forma regionalizada e hierarquizada.

A monografia que deu origem a este livro citava a Lei nº 8.080 com data de 1988. Trata-se de erro corrente na literatura de graduação: a Constituição é de 1988; a Lei Orgânica da Saúde é de 19 de setembro de 1990. A correção é registrada aqui por rigor documental.

A tradução operacional veio com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em 1991, e com o Programa Saúde da Família, em 1994, posteriormente convertido em Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF inaugurou algo decisivo: equipes com composição definida, responsáveis por uma população adscrita em um território delimitado. Deixou de existir o

paciente anônimo que aparece; passou a existir a família cadastrada pela qual alguém responde.

1.2 Atributos essenciais e princípios da PNAB

A sistematização mais influente sobre o que caracteriza uma boa atenção primária foi proposta por Barbara Starfield. Em sua formulação, quatro atributos são essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. A eles somam-se três atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

A longitudinalidade merece destaque, porque é o atributo mais diretamente atravessado pelo objeto deste livro. Ela não se confunde com continuidade de tratamento nem com simples repetição de consultas. Longitudinalidade é a existência de uma fonte regular de cuidado e o seu uso ao longo do tempo, sustentada por uma relação interpessoal duradoura entre a equipe e as pessoas do território. Sem reconhecimento mútuo, não há relação; sem relação, a longitudinalidade se degrada em uma sequência de atendimentos desconexos prestados no mesmo endereço.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída em 2006 e revisada em 2011 e 2017, incorporou esse repertório à normativa brasileira. A versão vigente, publicada pela Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, e consolidada na Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, organiza a APS em torno de princípios — universalidade, equidade e integralidade — e de diretrizes, entre as quais regionalização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade.

Vínculo na PNAB: onde exatamente ele aparece

O vínculo não figura como um capítulo autônomo da política, e essa dispersão explica parte da dificuldade em operacionalizá-lo. Ele comparece:

- na diretriz de longitudinalidade, como condição para que a equipe acompanhe a pessoa ao longo do tempo;
- na diretriz de resolutividade, como elemento que qualifica a escuta e amplia a capacidade de resolver problemas no próprio território;

- no cuidado centrado na pessoa, como base da corresponsabilização;
- e na definição de população adscrita, que estabelece a quem a equipe responde.

Ou seja: o vínculo é pressuposto de quase tudo e responsabilidade explícita de quase ninguém. Este livro sustenta que essa ambiguidade precisa ser desfeita no nível da equipe.

1.3 A APS brasileira em 2026: o desenho atual

Quem leu literatura de atenção básica produzida até 2019 e retorna ao tema hoje encontra um cenário reorganizado. Cinco mudanças estruturais alteraram o terreno em que o vínculo se produz.

A primeira é a substituição dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica pelas equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti), instituídas pela Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, em três modalidades — ampliada, complementar e estratégica. As eMulti atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da APS, com corresponsabilidade pela população e pelo território, e têm a interprofissionalidade como diretriz explícita.

A segunda é a reformulação do cofinanciamento federal. A Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, extinguiu a capitação ponderada e o pagamento por desempenho nos moldes anteriores e instituiu nova metodologia para o Piso da Atenção Primária, composta por componente fixo, componente de vínculo e acompanhamento territorial, componente de qualidade, componentes para programas e equipes específicas, componente de saúde bucal e componente per capita de base populacional. Pela primeira vez, a palavra vínculo passou a nomear uma linha de repasse financeiro. Os prazos de implantação foram posteriormente ajustados pela Portaria GM/MS nº 10.994, de 13 de maio de 2026, que ampliou o período de transição.

A terceira é a consolidação do registro clínico eletrônico. O e-SUS APS e o Prontuário Eletrônico do Cidadão tornaram-se a infraestrutura sobre a qual o cuidado é documentado e avaliado, o que transformou o cadastro individual e domiciliar de tarefa burocrática em condição de existência do vínculo — inclusive para efeito de financiamento.

A quarta é o adensamento da agenda de qualidade e segurança. A Portaria GM/MS nº 11.527, de 9 de junho de 2026, instituiu a Política Nacional de Qualidade e Segurança do Paciente, que atribui à APS papel estratégico como porta de entrada, ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, com ênfase em transições assistenciais seguras.

A quinta é epidemiológica e será tratada no Capítulo 4: o envelhecimento populacional e o crescimento das condições crônicas deslocaram definitivamente o eixo do trabalho na APS da queixa aguda para o acompanhamento de longo prazo — exatamente o tipo de cuidado que não funciona sem vínculo.

Nenhuma dessas mudanças resolve, por si, o problema que este livro descreve. Mas todas elas alteram o que se pode exigir das equipes. Em 2019, sustentar que o vínculo era mensurável soaria como pretensão acadêmica. Em 2026, é literalmente o que faz a portaria.

Vínculo: de conceito clínico a diretriz de política pública

A palavra vínculo circula na saúde brasileira com uma naturalidade que esconde sua complexidade. É invocada em reuniões de equipe, em relatórios de gestão, em provas de residência e em falas de posse. Raramente é definida. Este capítulo recompõe suas três genealogias — clínica, do trabalho em saúde e normativa — porque delas dependem as consequências práticas que os capítulos seguintes tentarão extrair.

2.1 A circularidade dos afetos: Pichon-Rivière

Na psicologia social de Enrique Pichon-Rivière, o vínculo é uma estrutura relacional complexa, e não um atributo de uma das partes. Ele se estabelece entre um sujeito e um objeto — que pode ser outra pessoa — e comporta uma dimensão interna e outra externa, atravessadas por afetos que circulam nos dois sentidos. Cada vínculo é singular: constrói uma maneira particular de se relacionar, caso a caso, momento a momento.

Dessa formulação decorre uma consequência que a literatura da saúde coletiva costuma subestimar: o vínculo não é criado pelo profissional e ofertado ao usuário, como um serviço. Ele é coproduzido. Isso significa que a equipe não controla o resultado, mas controla as condições — presença, regularidade, previsibilidade, escuta e identificação. Também significa que o vínculo pode ser negativo. Uma relação hostil, marcada por desconfiança ou desrespeito, é igualmente um vínculo, e produz efeitos clínicos concretos: abandono de acompanhamento, omissão de informações, busca de outros serviços.

2.2 Trabalho vivo em ato e tecnologias leves

A segunda genealogia vem da análise do processo de trabalho em saúde. Emerson Elias Merhy propôs distinguir tecnologias duras — equipamentos, instrumentos, estruturas —, tecnologias leve-duras — os saberes estruturados, como a clínica e a epidemiologia — e tecnologias leves,

produzidas no encontro entre trabalhador e usuário: acolhimento, escuta, construção de confiança, negociação de projetos terapêuticos.

A contribuição decisiva dessa perspectiva é retirar o vínculo do campo da virtude pessoal e colocá-lo no campo do trabalho. Se o vínculo é tecnologia, ele é passível de planejamento, de qualificação, de supervisão, de avaliação e de organização do processo de trabalho. Deixa de depender do carisma de um profissional específico e passa a depender de decisões coletivas: quem recebe a pessoa na porta, quanto tempo dura a consulta, como se organiza a agenda, quem faz a visita domiciliar, como as informações circulam entre os membros da equipe.

É também aqui que se localiza um dos achados centrais desta pesquisa. Quando um usuário não sabe identificar quem o atende, não estamos diante de uma falha de simpatia. Estamos diante de uma falha de tecnologia leve — e, portanto, de uma falha organizacional passível de correção.

2.3 Acolhimento, responsabilização e a Política Nacional de Humanização

A Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), formulada em 2003 e desdobrada em cadernos temáticos ao longo das duas décadas seguintes, oferece a terceira genealogia. Nela, acolhimento não é triagem nem recepção simpática: é uma diretriz ética e um dispositivo de organização dos serviços, que implica escuta qualificada de todas as demandas, avaliação de necessidade e construção de resposta pactuada.

Três operações práticas derivam dessa concepção e serão retomadas na Parte III: a apresentação nominal do profissional, a explicitação do que a equipe pode e não pode oferecer, e a definição clara de quem responde por aquele caso. São gestos de baixo custo e alto impacto — e a pesquisa aqui relatada sugere que sua ausência é mais frequente do que se supõe.

2.4 O vínculo que se mede

A novidade normativa mais relevante para este debate é recente. Ao instituir o componente de vínculo e acompanhamento territorial, o cofinanciamento federal da APS passou a avaliar as equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária a partir de elementos como a completude e a qualificação do cadastro da população adscrita, critérios demográficos — pessoas menores de cinco

anos e maiores de sessenta anos — e critérios de vulnerabilidade, como a proporção de pessoas beneficiárias de programas de transferência de renda e de benefícios assistenciais.

É preciso ler essa mudança com lucidez dupla. De um lado, ela representa um avanço: torna visível, comparável e financiável aquilo que antes se dissolvia no discurso. De outro, guarda um risco evidente de redução — confundir vínculo com registro. Uma equipe pode ter cadastro impecável e ser desconhecida pelas pessoas que cadastrou. O cadastro é condição necessária e insuficiente.

A tese que este livro sustenta é que existe um indicador ausente, e que ele é barato de produzir: a proporção de pessoas da população adscrita capaz de identificar corretamente os profissionais da própria equipe. Os dados da Parte II mostram por que esse indicador importa.

Do enfermeiro à equipe: quem é o sujeito do vínculo?

A pesquisa que originou este livro perguntava pelo enfermeiro. A resposta obtida, contudo, falava de outra coisa: falava de uma equipe cujas funções, para a comunidade, se confundiam. Levar esse achado a sério exige abandonar o recorte uniprofissional — inclusive quando ele é confortável para quem escreve.

3.1 A armadilha do recorte por categoria

A produção acadêmica brasileira sobre vínculo na APS é abundante e, em boa medida, organizada por profissão. Há estudos sobre o vínculo do enfermeiro, sobre o vínculo do médico, sobre o vínculo do agente comunitário. Cada um deles ilumina um ângulo e, ao mesmo tempo, reforça uma ficção: a de que o usuário experimenta o serviço por categorias profissionais.

Ele não experimenta. O usuário experimenta uma sequência de encontros: alguém bate à porta e pergunta como ele está; alguém marca sua consulta; alguém mede sua pressão; alguém escuta sua queixa; alguém prescreve; alguém entrega o medicamento; alguém faz o curativo. Se essa sequência for coerente, ele constrói uma imagem de cuidado. Se for fragmentada, ele constrói uma imagem difusa — e é exatamente uma imagem difusa que as falas registradas na Parte II revelam.

A consequência metodológica é importante: perguntar "você conhece o enfermeiro?" mede menos a atuação da Enfermagem do que a legibilidade da equipe. E legibilidade é responsabilidade coletiva.

3.2 O agente comunitário de saúde: o vínculo que entra pela porta da casa

Em quase todas as falas em que a figura profissional aparece confundida, o comportamento descrito é o de quem visita, atualiza cadastro, marca consulta e pergunta como a pessoa está. Esse é, com precisão, o trabalho do agente comunitário de saúde. O dado não deve ser lido como erro dos usuários, e sim como evidência de onde o vínculo efetivamente se ancora no território.

O ACS é o profissional de maior densidade vincular da APS brasileira: mora na área, compartilha códigos culturais, tem presença regular e acessa o domicílio. Essa potência, contudo, produz um efeito colateral quando os demais membros da equipe são pouco visíveis: o ACS passa a ser, para a comunidade, a equipe inteira. A consequência clínica é séria — problemas que exigiriam avaliação profissional podem ser resolvidos informalmente na porta de casa, e a demanda por consulta só surge quando o agravo já se instalou.

Uma leitura possível dos dados

Nas falas coletadas, a expressão "a menina que vem aqui em casa" e variações aparecem associadas a três funções: atualização cadastral, agendamento e intermediação de medicamentos. Nenhuma dessas funções é, isoladamente, clínica — mas todas são momentos privilegiados de identificação da equipe. Uma equipe que treina seus agentes para nomear os demais profissionais durante a visita converte cada visita domiciliar em um ato de construção de legibilidade.

3.3 Médico de família e enfermeiro: a assimetria do reconhecimento

Um segundo padrão salta dos dados: a recorrência do termo "a doutora". Quando questionadas sobre o acolhimento recebido do enfermeiro, várias pessoas descreveram uma relação com uma figura que chamavam de doutora — o que pode significar médica, mas também pode significar qualquer profissional de nível superior investido de autoridade. No Brasil, o termo é um marcador de hierarquia percebida, não um identificador profissional.

Do ponto de vista da Medicina de Família e Comunidade, o dado é tão desconfortável quanto para a Enfermagem. Ser reconhecido genericamente como autoridade não é o mesmo que ser reconhecido como referência longitudinal. O médico de família que é "a doutora" para toda a comunidade tem tanto problema de vínculo quanto o enfermeiro que não é ninguém: em ambos os casos, o que falta é a personalização da relação, base da confiança que sustenta decisões clínicas compartilhadas ao longo de anos.

Há, ainda, um ponto de organização do trabalho. Em muitas unidades, a consulta de enfermagem e a consulta médica são apresentadas ao usuário como etapas de um mesmo fluxo, sem que se explicita o que cada uma faz. O usuário conclui, razoavelmente, que passou por um único serviço. Explicitar

papéis não é formalismo: é condição para que a pessoa saiba a quem recorrer quando algo mudar.

3.4 eMulti, saúde bucal e Projeto Terapêutico Singular

A incorporação das equipes Multiprofissionais amplia as possibilidades de cuidado e, simultaneamente, aumenta o número de pessoas que circulam pela vida do usuário. Sem coordenação, mais profissionais podem significar menos clareza. Com coordenação, significam projeto terapêutico.

O Projeto Terapêutico Singular é o dispositivo desenhado exatamente para isso: reunir a equipe em torno de um caso, definir objetivos, dividir tarefas e — ponto frequentemente esquecido — designar um profissional de referência. Para uma pessoa com diabetes de longa data, multimorbidade e mobilidade reduzida, saber quem é seu profissional de referência não é detalhe organizacional; é a diferença entre ter e não ter uma porta de entrada real.

O mesmo raciocínio se aplica à saúde bucal, historicamente tratada como serviço paralelo. A pessoa com diabetes tem risco aumentado de doença periodontal, e a doença periodontal contribui para o descontrole glicêmico. Trata-se de um caso exemplar em que a integração entre equipe de saúde bucal e equipe de saúde da família produz desfecho clínico, e não apenas eficiência administrativa.

3.5 A recepção e a continuidade informacional

Dois elementos silenciosos completam o quadro. O primeiro é a recepção. Quem atende no balcão define, muitas vezes, se a pessoa terá acesso — e é frequentemente o profissional com menor investimento em formação continuada. O segundo é o registro. A continuidade informacional, terceira dimensão da continuidade descrita na literatura, ao lado da continuidade relacional e da continuidade de gestão, é o que permite que uma nova profissional recém-chegada saiba, ao abrir o prontuário, quem é aquela pessoa.

Em territórios com alta rotatividade profissional — realidade de boa parte dos municípios brasileiros de pequeno porte —, a continuidade informacional é o que resta quando a continuidade relacional se rompe. Um prontuário bem preenchido é uma forma de vínculo diferida no tempo.

Diabetes: uma condição que se cuida em relação

A escolha do diabetes mellitus como objeto não foi acidental. Poucas condições dependem tanto de decisões cotidianas tomadas fora do serviço de saúde e, portanto, poucas expõem com tanta clareza a qualidade do laço entre equipe e comunidade.

4.1 O quadro epidemiológico atual

Os dados mais recentes da Federação Internacional de Diabetes, publicados em 2025, indicam que 589 milhões de adultos entre 20 e 79 anos vivem com diabetes no mundo, com 16,6 milhões no Brasil — aumento de 5,7% em relação à edição anterior e sexta posição no ranking mundial. A entidade estima ainda que uma proporção expressiva dos casos permanece sem diagnóstico.

No plano nacional, o inquérito Vigitel apontou frequência de diagnóstico médico autorreferido de diabetes em torno de 10,2% nas capitais brasileiras, o que, considerando a população recenseada em 2022, levou a Sociedade Brasileira de Diabetes a estimar cerca de 20 milhões de pessoas com a condição no país. A distribuição não é homogênea: a prevalência é maior entre mulheres, cresce acentuadamente com a idade e é mais elevada entre pessoas com menor escolaridade.

Esse último dado é o que amarra a epidemiologia ao campo desta pesquisa. O perfil descrito no Capítulo 6 — pessoas idosas, majoritariamente mulheres, com baixa escolaridade, dependentes de aposentadoria, com hipertensão associada e mais de dez anos de diagnóstico — não é uma peculiaridade de um bairro do Maranhão. É o retrato nacional da população que a APS tem a obrigação de acompanhar.

4.2 Por que o diabetes é um traçador da qualidade da APS

Condições traçadoras são agravos cujo manejo revela a capacidade global de um sistema de saúde. O diabetes é um traçador quase perfeito da APS por quatro razões.

1. Exige acompanhamento longitudinal, e não episódico: metas terapêuticas se ajustam ao longo de anos.
2. Depende intensamente de autocuidado: alimentação, atividade física, adesão medicamentosa e cuidados com os pés ocorrem fora do serviço.
3. Produz complicações evitáveis e mensuráveis: úlceras de pé diabético, amputações, doença renal crônica, retinopatia e eventos cardiovasculares.
4. Exige coordenação com outros pontos da rede: oftalmologia, nefrologia, cardiologia, nutrição, saúde bucal e serviços de urgência.

Cada uma dessas quatro razões depende de vínculo. Acompanhamento longitudinal exige que a pessoa retorne; autocuidado exige que ela confie na orientação recebida; prevenção de complicações exige exame regular e busca ativa; coordenação exige que alguém se responsabilize pela travessia entre serviços. Onde o vínculo falha, o diabetes cobra a conta — e a cobra em forma de internação, amputação e óbito precoce.

4.3 Autocuidado apoiado e diretrizes contemporâneas

A Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes, em sua edição de 2025, consolidou recomendações que reforçam a centralidade do acompanhamento continuado: individualização de metas conforme funcionalidade, fragilidade e expectativa de vida, especialmente em pessoas idosas; antecipação do rastreamento em adultos; atenção sistemática à saúde mental, com rastreamento de sintomas depressivos; e cuidados específicos no manejo de complicações e no pé diabético.

Do ponto de vista da APS, a tradução prática dessas recomendações é o autocuidado apoiado — abordagem em que a equipe deixa de prescrever comportamentos e passa a construir, com a pessoa, metas factíveis, pactuadas e revisadas periodicamente. Trata-se de uma mudança de gramática clínica: sai o aconselhamento unidirecional, entra a negociação.

Negociação, por definição, exige duas partes que se reconheçam. Uma pessoa que não sabe quem é o profissional que a acompanha não tem com quem negociar. Ela apenas recebe instruções de estranhos sucessivos — e o

abandono, nesse cenário, não é falha de caráter do usuário. É desfecho previsível de um processo de trabalho mal desenhado.

É com essa hipótese que a Parte II se ocupa.

PARTE II

O QUE O CAMPO DISSE

Percurso metodológico, participantes e achados da pesquisa realizada na Unidade Básica de Saúde do Areal, Bacabal — Maranhão

Percurso metodológico

Este capítulo descreve como os dados apresentados na sequência foram produzidos. A descrição é deliberadamente detalhada, inclusive quanto aos limites do estudo, porque a credibilidade da pesquisa qualitativa não se sustenta em amostras grandes, e sim na transparência do percurso.

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo transversal, exploratório e descritivo, de abordagem mista — qualitativa e quantitativa. A opção exploratória se justifica pela ausência, no município, de qualquer avaliação prévia sobre como a população adscrita percebia a equipe responsável por seu cuidado. A dimensão descritiva buscou retratar com fidelidade os fenômenos observados, sem pretensão de estabelecer relações causais.

A combinação de abordagens cumpriu função complementar: a entrevista permitiu acessar sentidos, hesitações e formas de nomear; o questionário estruturado permitiu quantificar características e ordenar as percepções em escala. Nenhuma das duas, isoladamente, daria conta do objeto.

5.2 Cenário e período

Bacabal é município do interior do Maranhão, sede da Região de Saúde do Médio Mearim e referência para municípios adjacentes. À época da coleta, sua rede de atenção primária era composta por vinte e duas unidades básicas de saúde. A Unidade Básica de Saúde do Areal, situada no bairro homônimo, contava com duas equipes de Estratégia Saúde da Família — cada uma composta por médico, enfermeiro e dois técnicos de enfermagem —, sendo uma responsável pela área urbana e outra pela área rural.

A pesquisa delimitou-se à área urbana, abrangendo a população adscrita à respectiva equipe, tanto no ambiente da unidade quanto no domicílio. A coleta ocorreu entre novembro de 2019 e janeiro de 2020.

5.3 Participantes

A amostra foi não probabilística, por conveniência, constituída por pessoas cadastradas na unidade que aceitaram participar. Foram incluídas pessoas com diagnóstico de diabetes mellitus, com idade igual ou superior a 18 anos, adscritas à área da equipe e que houvessem realizado ao menos uma consulta de enfermagem na unidade, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídas pessoas fora da área de abrangência, sem diagnóstico de diabetes, menores de 18 anos ou que recusassem participar.

Participaram catorze pessoas — número correspondente ao total de pessoas com diabetes adscritas e elegíveis na equipe estudada, o que confere ao conjunto caráter censitário em relação àquela população, e não de amostra parcial. Esse ponto é relevante para a interpretação: os percentuais apresentados descrevem a totalidade do grupo elegível daquela microárea, não uma estimativa dela.

5.4 Instrumentos e coleta

Foram utilizados dois instrumentos. O primeiro, um roteiro semiestruturado de cinco questões abertas, aplicado em entrevista individual no domicílio, com registro em áudio mediante consentimento e posterior transcrição integral. A escolha do domicílio como local de entrevista buscou reduzir o constrangimento de avaliar o serviço dentro do próprio serviço — viés bem documentado em pesquisas de satisfação.

O segundo instrumento foi um questionário estruturado, composto por bloco sociodemográfico — sexo, estado civil, idade, escolaridade, ocupação, renda, doenças associadas, condição de saúde e tempo de diagnóstico — e por questões objetivas sobre conhecimento do nome do enfermeiro e número de consultas de enfermagem nos últimos doze meses.

O questionário incluiu ainda um bloco de percepção organizado em dois indicadores construídos a partir das diretrizes da PNAB — longitudinalidade e resolutividade —, com respostas registradas em escala Likert icônica de cinco pontos, de "muito ruim" a "muito bom". A escolha de cinco pontos apoiou-se na literatura clássica sobre construção de escalas de percepção, que demonstra ser esse número suficiente para discriminar avaliações de serviço sem sobrecarregar cognitivamente o respondente. O recurso a ícones, e não apenas a palavras, foi decisão metodológica motivada pela baixa escolaridade esperada da população.

5.5 Análise

Os dados qualitativos foram tratados pela análise de conteúdo na perspectiva de Laurence Bardin, em três fases: pré-análise, com leitura flutuante e organização do material; exploração do material, com recorte das unidades de registro e agrupamento temático; e tratamento dos resultados, com inferência e interpretação. As unidades de registro foram agrupadas até a constituição das categorias apresentadas nos capítulos seguintes.

Os dados quantitativos receberam tratamento por estatística descritiva, com apresentação de frequências absolutas e relativas. Dada a dimensão do grupo, optou-se por não aplicar testes de inferência, cujo uso seria inadequado ao número de participantes.

5.6 Aspectos éticos

A pesquisa observou as disposições da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e foi conduzida com autorização institucional para realização de pesquisa de campo na unidade estudada. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, reproduzido no Apêndice C, em duas vias. Os riscos foram classificados como mínimos, com previsão de interrupção imediata da entrevista em caso de desconforto.

A identidade dos participantes foi preservada mediante identificação por letras. Nesta edição, ampliou-se a proteção: os nomes de profissionais que apareciam espontaneamente nas falas foram substituídos por iniciais, uma vez que a publicação em livro amplia significativamente o alcance do material em relação ao trabalho acadêmico original.

Registre-se o número do parecer consubstanciado e o CAAE correspondente na edição definitiva, se aplicável: Parecer nº ____ / CAAE ____.

5.7 Limites do estudo e escopo desta edição

Quatro limites devem ser explicitados. O primeiro é o tamanho do grupo: catorze pessoas de uma microárea não autorizam generalização estatística para o município, o estado ou o país. O que se oferece é transferibilidade analítica — a possibilidade de que outras equipes reconheçam nos achados situações próprias e submetam suas realidades ao mesmo exame.

O segundo é o desenho transversal, que capta um momento e não permite acompanhar a evolução do vínculo ao longo do tempo. O terceiro é o intervalo

entre a coleta, realizada no início de 2020, e esta publicação, período em que a pandemia de covid-19 e as reformas subsequentes do financiamento e da composição das equipes alteraram significativamente a organização da APS brasileira. Os achados devem ser lidos, portanto, como retrato de um momento e como hipótese de trabalho para o presente — não como diagnóstico atual daquela unidade.

O quarto limite é de escopo. Esta edição apresenta integralmente o perfil dos participantes e a primeira categoria de análise, referente à identificação do profissional e ao acolhimento, correspondente às duas primeiras questões do roteiro. As categorias relativas às três questões restantes — acompanhamento, confiança nas orientações e busca espontânea pelo serviço — e os escores da escala Likert nos indicadores de longitudinalidade e resolutividade permanecem em processamento e integrarão edição ampliada. Optou-se por não antecipar interpretações sobre dados ainda não consolidados, decisão que se considera preferível à alternativa de preencher lacunas com inferência.

Quem são as pessoas do território

Antes de qualquer discussão sobre vínculo, é necessário saber com quem se pretende vincular. O perfil descrito a seguir não é um preâmbulo burocrático: ele determina o tipo de cuidado que aquela equipe precisaria oferecer.

6.1 Perfil sociodemográfico e clínico

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos catorze participantes.

Tabela 1 — Perfil sociodemográfico e clínico dos participantes (n = 14). Bacabal (MA), 2019-2020.

Variável	n	%
SEXO		
Feminino	10	71
Masculino	4	29
ESTADO CIVIL		
Casado(a)	9	64
Viúvo(a)	5	36
FAIXA ETÁRIA		
41 a 60 anos	4	29
61 anos ou mais	10	71
ESCOLARIDADE		
Ensino fundamental	12	86
Ensino médio	2	14
OCUPAÇÃO		
Aposentado(a)	10	71
Servidor(a) público(a)	2	20
Autônomo(a)	1	9
DOENÇAS ASSOCIADAS		

Variável	n	%
Hipertensão arterial sistêmica	10	71
Cardiopatias	2	11
Doenças osteoarticulares	1	9
Outras	1	9
CONDIÇÃO DE SAÚDE		
Acamado(a)	3	20
Domiciliado(a)	4	29
Sem restrição de mobilidade	7	51
TEMPO DE DIAGNÓSTICO		
5 a 10 anos	4	29
Mais de 10 anos	10	71

Fonte: dados da pesquisa. Percentuais arredondados; a soma pode não totalizar 100%.

6.2 Leitura do perfil

Sete características se destacam e, juntas, compõem um quadro de vulnerabilidade acumulada.

Predomínio feminino. Dez das catorze pessoas eram mulheres (71%), proporção compatível com a maior prevalência de diabetes autorreferido entre mulheres nos inquéritos nacionais e com o padrão consolidado de maior procura feminina pelos serviços de atenção primária.

Envelhecimento. Dez pessoas (71%) tinham 61 anos ou mais, e nenhuma tinha menos de 41 anos. Trata-se de população idosa, para a qual as diretrizes contemporâneas recomendam individualização de metas conforme funcionalidade e fragilidade, e não a aplicação automática de alvos glicêmicos rígidos.

Baixa escolaridade. Doze pessoas (86%) tinham apenas ensino fundamental e nenhuma havia cursado ensino superior. O dado tem consequência direta sobre a comunicação clínica: orientações escritas, bulas, rótulos nutricionais e materiais educativos padronizados têm eficácia limitada nesse contexto, o que aumenta o peso da comunicação verbal — e, portanto, do encontro.

Dependência de renda de aposentadoria. Dez pessoas (71%) eram aposentadas, o que, combinado à faixa etária, sugere renda fixa e limitada, com impacto sobre alimentação, transporte até a unidade e aquisição de itens não fornecidos pelo SUS.

Multimorbidade. Dez pessoas (71%) conviviam com hipertensão arterial sistêmica associada ao diabetes, além de registros de cardiopatias e doenças osteoarticulares. A multimorbidade multiplica consultas, medicamentos e profissionais envolvidos — e, com isso, aumenta a necessidade de coordenação e de um profissional de referência claramente identificado.

Longa duração da condição. Dez pessoas (71%) conviviam com o diagnóstico havia mais de dez anos, faixa em que o risco de complicações crônicas se eleva substancialmente e em que o acompanhamento regular deixa de ser recomendação para tornar-se determinante de desfecho.

Restrição de mobilidade. Três pessoas encontravam-se acamadas e quatro em condição de domiciliadas — isto é, sete das catorze (50%) tinham acesso limitado ou nulo à unidade por meios próprios. Esse é, possivelmente, o dado de maior consequência operacional de todo o estudo.

O que esse perfil exige de uma equipe

Uma população majoritariamente idosa, com baixa escolaridade, multimórbida, com mais de uma década de diagnóstico e metade dela sem condições de deslocamento até a unidade demanda um modelo de cuidado específico: busca ativa, agenda programada, visita domiciliar qualificada com avaliação clínica — e não apenas atualização cadastral —, comunicação verbal adaptada, cuidado compartilhado entre médico, enfermeiro, equipe de saúde bucal, eMulti e agentes comunitários, e um profissional de referência nominalmente identificado por pessoa.

É contra esse pano de fundo que os achados dos próximos dois capítulos devem ser lidos.

"Não sei dizer quem é": a figura profissional em disputa

A primeira questão do roteiro era direta: a figura do profissional de enfermagem é bem definida para você? As respostas estão reproduzidas integralmente no Quadro 1. Sugere-se ao leitor percorrê-las antes de seguir para a análise: elas dizem mais do que qualquer comentário.

Quadro 1 — Respostas à questão 1 — "A figura do profissional de enfermagem é bem definida para você?"

Part.	Fala
A	"Para mim sim. O enfermeiro não é aquela pessoa que vem aqui em casa quase toda semana? (risos)"
B	"Eu acho que sim. Ela é uma pessoa que me ajuda, vem sempre aqui em casa marcar minhas consultas com doutora R."
C	"Para falar a verdade, eu não sei quem é enfermeiro no posto."
D	"Rapaz, se eu não me engano o enfermeiro do posto é T. Pegó minhas receitas com ele."
E	"(...) Não sei definir quem é o profissional de enfermagem."
F	"Tem uma moça que vem sempre aqui em casa. Ela atualiza meus cadastros e marca consultas. Penso que seja ela a enfermeira."
G	"Não sei lhe dizer quem é o enfermeiro do posto."
H	"Conheço a enfermeira. Ela fazia os curativos do meu pé."
I	"Sim, ele sempre faz visita e olha a diabetes e pressão."
J	"Nunca sei dizer quem é o enfermeiro quando vem mais de uma pessoa fazer visita aqui."
L	"Para mim, todos que fazem visita são enfermeiros."
M	"Se eu ver, não sei quem é, não vou mentir."
N	"Eu conheço a enfermeira quando preciso de alguma orientação."
O	"Não conheço, pois não costumo ir ao posto."

Fonte: dados da pesquisa. Falas transcritas literalmente, com correções ortográficas mínimas e substituição de nomes próprios de profissionais por iniciais.

7.1 Três posições diante da mesma pergunta

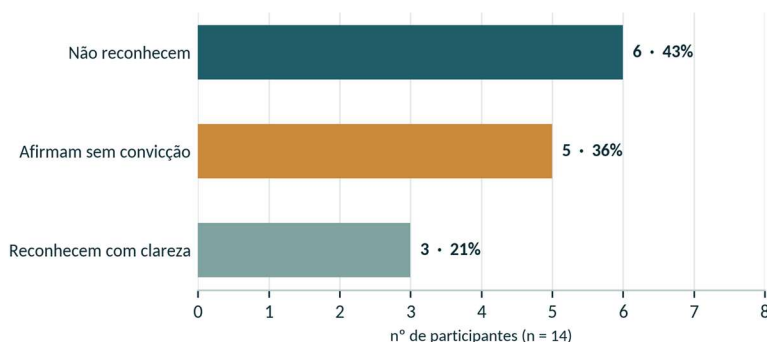
A análise de conteúdo permitiu agrupar as respostas em três posições distintas.

A primeira reúne quem afirma, sem rodeios, não saber quem é o profissional. São seis pessoas — 43% do grupo. As formulações são inequívocas: não sei quem é, não sei lhe dizer, não sei definir, não conheço. Chama atenção o caso da participante O, cuja justificativa é reveladora: não conhece porque não costuma ir à unidade. A frase inverte a lógica da atenção primária, na qual a responsabilidade pelo contato é da equipe, e não do usuário.

A segunda reúne quem afirma conhecer, mas descreve funções que não correspondem, necessariamente, ao trabalho do enfermeiro. São cinco pessoas — 36% do grupo. Aqui aparecem visita domiciliar semanal, atualização de cadastro e agendamento de consultas: o núcleo típico do trabalho do agente comunitário de saúde. A participante F sintetiza a ambiguidade ao concluir sua descrição com uma dedução, e não com uma certeza: penso que seja ela a enfermeira.

A terceira reúne quem identifica o profissional com clareza e associa a ele um ato de cuidado reconhecível: são três pessoas — 21% do grupo. O participante D é o único, em todo o estudo, a mencionar espontaneamente um nome próprio. A participante H identifica a enfermeira pelo procedimento realizado — curativo em pé, procedimento de altíssima relevância nessa população. A participante N a identifica pela função de orientação.

Gráfico 1 — Reconhecimento da figura do profissional de enfermagem pelos participantes



7.2 O que os números indicam

Somadas as duas primeiras posições, onze das catorze pessoas — 79% — não conseguem identificar com segurança o profissional de enfermagem responsável pelo seu cuidado. É um número alto o bastante para que a explicação individual perca plausibilidade. Não se trata de esquecimento de algumas pessoas idosas; trata-se de característica do serviço.

Vale insistir em um ponto metodológico já antecipado no Capítulo 3: embora a pergunta se dirigisse à Enfermagem, o que ela mediu foi a legibilidade da equipe como um todo. Uma pessoa que confunde enfermeiro com agente comunitário provavelmente também confundiria médico com enfermeiro — hipótese, aliás, confirmada pelas respostas à questão seguinte.

7.3 Interpretação: apresentação, previsibilidade e pertencimento

A literatura sobre humanização é explícita quanto ao ponto de partida do vínculo: o cuidado começa no momento em que o profissional se apresenta. A apresentação nominal cumpre três funções simultâneas. Estabelece uma pessoa concreta como interlocutora, e não uma função abstrata. Cria responsabilidade recíproca, porque quem tem nome pode ser procurado e também cobrado. E permite continuidade, porque a pessoa sabe por quem perguntar no retorno.

A ausência desse gesto elementar produz o efeito descrito por uma das participantes de modo quase literal: quando vem mais de uma pessoa fazer visita, ela nunca sabe quem é. Não há falha cognitiva nessa frase. Há descrição precisa de um serviço que se apresenta como fluxo indiferenciado de visitantes.

Um segundo elemento é a previsibilidade. Vínculo se constrói na repetição regular e antecipável: a mesma pessoa, com periodicidade conhecida, para uma finalidade explícita. Agendas fragmentadas, escalas rotativas e alta rotatividade profissional — problema estrutural em municípios de pequeno porte — corroem essa previsibilidade e, com ela, a possibilidade de reconhecimento.

Um terceiro elemento é o pertencimento. A relação descrita nas falas da segunda posição é, quase sempre, uma relação de pertencimento comunitário: a moça que vem aqui, alguém do bairro, alguém que se reconhece. Essa é

precisamente a força do agente comunitário. O problema não está em o ACS ser reconhecido — é excelente que seja. O problema está em ele ser o único reconhecido.

Achado central

Em uma população integralmente cadastrada, adscrita e com condição crônica de longa data, quatro em cada cinco pessoas não conseguiam identificar com segurança o profissional de nível superior responsável pelo seu acompanhamento. Cadastro e vínculo, portanto, não são a mesma coisa — e a distância entre um e outro é exatamente o espaço em que a longitudinalidade se perde.

Acolhimento: o primeiro ato clínico

A segunda questão do roteiro investigava a percepção de acolhimento durante a consulta. À primeira leitura, os resultados parecem excelentes. Uma segunda leitura, mais atenta, mostra por que eles não podem ser lidos isoladamente.

Quadro 2 — Respostas à questão 2 — "Você se sente bem acolhido pelo enfermeiro durante uma consulta?"

Part.	Fala
A	<i>"Normal. Sempre que preciso de remédios eu pego a receita com ela, e ela me trata muito bem."</i>
B	<i>"A doutora me atende bem. Não tenho o que reclamar."</i>
C	<i>"A doutora conversa comigo, me trata bem e atende minhas queixas."</i>
D	<i>"Quando vou me consultar, ela pergunta como eu estou e passa os meus remédios."</i>
E	<i>"Ela me ouve com atenção. A consulta não é demorada, mas é boa."</i>
F	<i>"Me sinto bem recebido e acolhido pela doutora."</i>
G	<i>"Eu só me consulto com a doutora R. A enfermeira marca minha consulta com ela e eu vou. Sou bem tratada."</i>
H	<i>"Não faço consulta no posto. Quando preciso, vou à clínica particular."</i>
I	<i>"Faz tempo que fui me consultar. Na situação em que estou, fica difícil ir. Falo com a menina que vem aqui em casa pra pedir remédios pra mim."</i>
J	<i>"Sim. A doutora é muito atenciosa comigo."</i>
L	<i>"Gosto do jeito que sou tratado em uma consulta. Ela me respeita, me ouve e me chama pelo nome."</i>
M	<i>"Não gosto muito da forma como ela me atende. Mal olha em minha cara."</i>
N	<i>"Sinto que sou bem recebido, e me sinto bem."</i>
O	<i>"Acho que ganho muita atenção quando vou me consultar. A doutora mostra preocupação comigo."</i>

Fonte: dados da pesquisa. Falas transcritas literalmente, com correções ortográficas mínimas e substituição de nomes próprios de profissionais por iniciais.

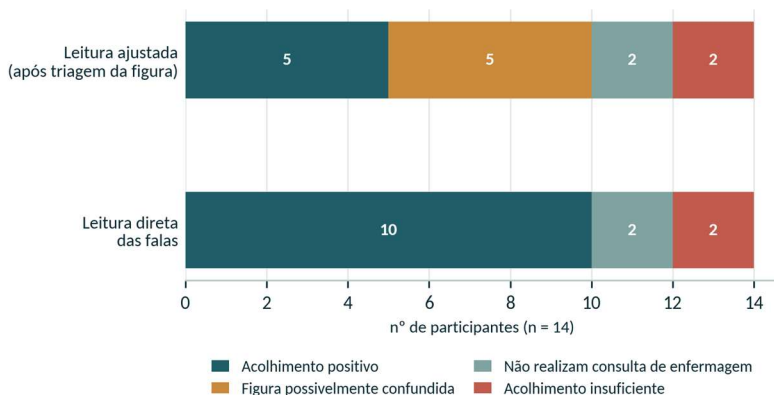
8.1 A leitura direta e a leitura ajustada

Lidas literalmente, dez das catorze falas (71%) descrevem experiência positiva de acolhimento. Duas pessoas relatam não realizar consultas na unidade — uma por recorrer ao serviço privado, outra por restrição de mobilidade — e duas descrevem experiência negativa, uma delas de forma particularmente eloquente ao dizer que mal é olhada no rosto.

Ocorre que a pergunta se referia ao enfermeiro, e cinco das dez avaliações positivas atribuem o acolhimento a uma figura designada como a doutora. Em três desses casos, a distinção é explícita: a participante G descreve com clareza dois papéis diferentes — a enfermeira agenda, a doutora consulta —, e é da segunda que ela fala ao avaliar o tratamento recebido.

Diante disso, foram construídas duas leituras. A leitura direta considera todas as avaliações como emitidas sobre o profissional questionado. A leitura ajustada separa os casos em que há evidência textual de que a avaliação se refere a outra figura profissional. O Gráfico 2 apresenta ambas.

Gráfico 2 — Percepção de acolhimento: leitura direta e leitura ajustada das falas



Fonte: dados da pesquisa (n = 14).

Na leitura ajustada, as avaliações positivas seguramente atribuíveis ao profissional de enfermagem caem de dez para cinco — de 71% para 36% do grupo. O restante se distribui entre cinco casos de figura possivelmente confundida (36%), dois casos de pessoas que não realizam consultas de enfermagem (14%) e dois casos de acolhimento insuficiente (14%).

Percentuais arredondados. A leitura ajustada não afirma que as cinco avaliações reclassificadas sejam necessariamente dirigidas ao profissional médico; afirma apenas que a fala não permite

atribuí-las com segurança ao profissional de enfermagem. Trata-se de critério conservador, adotado para evitar superestimação do resultado.

8.2 "A doutora": o que revela um termo

Vale demorar-se sobre o termo. No Brasil, chamar alguém de doutor ou doutora em um serviço de saúde raramente é uma afirmação sobre titulação. É uma marcação de assimetria: indica quem detém autoridade sobre a decisão. O uso generalizado do termo por pessoas com baixa escolaridade, em serviço público, diante de qualquer profissional de nível superior, é um fenômeno sociolinguístico bem descrito.

A implicação para o vínculo é dupla e desconfortável para todas as categorias envolvidas. Para a Enfermagem, indica que sua contribuição específica permanece invisível: o cuidado prestado é reconhecido, mas atribuído a outrem. Para a Medicina de Família e Comunidade, indica que o reconhecimento obtido é genérico e hierárquico, e não personalizado e longitudinal — ser a doutora de todos costuma significar não ser a médica de referência de ninguém em particular.

Em ambos os casos, o efeito clínico é o mesmo: a pessoa não sabe a quem recorrer diante de um problema específico. Diante de uma lesão no pé, procura genericamente o posto; diante de uma dúvida sobre a medicação, pergunta a quem estiver por perto; diante de uma piora, espera a próxima visita. A ausência de destinatário definido transforma cada necessidade em uma travessia burocrática.

8.3 Quando a consulta vira balcão de receitas

Um segundo padrão emerge de três falas. Nelas, o conteúdo do encontro é reduzido à obtenção de medicamentos: pegar a receita, passar os remédios, pedir remédios por intermédio de terceiros. Duas dessas falas são de pessoas com mobilidade reduzida, o que agrava a leitura.

A consulta reduzida à renovação de prescrição é um sintoma organizacional conhecido e tem consequências clínicas mensuráveis em uma população com mais de dez anos de diagnóstico: sem exame dos pés, não se detecta neuropatia antes da úlcera; sem avaliação de acuidade visual e encaminhamento oftalmológico, não se rastreia retinopatia; sem avaliação de função renal, não se identifica doença renal em estágio ainda manejável; sem

revisão da técnica de aplicação de insulina, mantêm-se erros que comprometem o controle glicêmico.

A participante I descreve o caso mais grave do conjunto: pessoa com restrição de mobilidade, sem consulta há tempo indeterminado, que obtém medicamentos por intermediação de terceiros. Do ponto de vista do registro, ela está cadastrada, adscrita e recebendo medicação. Do ponto de vista clínico, ela está sem acompanhamento.

8.4 O acolhimento negativo também é vínculo

Duas falas descrevem experiência negativa. Uma delas — não gosto muito da forma como ela me atende, mal olha em minha cara — merece leitura cuidadosa, porque contraria a expectativa de que a insatisfação com o serviço público se expresse por reclamações sobre estrutura, fila ou falta de medicamento. A queixa aqui é sobre a qualidade do encontro: ausência de contato visual, ausência de atenção.

Do ponto de vista das tecnologias do trabalho em saúde, essa fala é um dado de altíssimo valor. Ela demonstra que a população avalia dimensões relacionais do cuidado com precisão, mesmo quando não dispõe de vocabulário técnico para nomeá-las. E demonstra que o vínculo negativo produz efeito clínico: a pessoa que não é olhada tende a não retornar.

Na direção oposta, a fala do participante L descreve o oposto exato, e o faz com uma precisão que dispensa comentário: ele é respeitado, escutado e chamado pelo nome. Em uma pesquisa sobre a dificuldade das pessoas em nomear os profissionais, encontrar um participante que valoriza justamente ser chamado pelo próprio nome é a melhor síntese possível do argumento deste livro. O reconhecimento é uma via de mão dupla.