

PRÁTICA CLÍNICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELAÇÕES ENTRE EQUIPE E USUÁRIOS NO TERRITÓRIO URBANO.

CLINICAL PRACTICE IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: RELATIONSHIPS BETWEEN TEAM AND USERS IN URBAN TERRITORY.

LA PRÁCTICA CLÍNICA EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: RELACIONES ENTRE EL PERSONAL Y LOS USUARIOS EN EL TERRITORIO URBANO.

Antônio Germane Alves Pinto¹, Maria Salete Bessa Jorge².

RESUMO

Pesquisa desenvolvida no cotidiano da Estratégia Saúde da Família com objetivo de analisar as relações entre usuários, familiares e equipes de saúde na operacionalidade da prática clínica e sua interlocução com a integralidade do cuidado e resolubilidade assistencial. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa. Os participantes foram usuários, familiares e trabalhadores de saúde da rede de atenção primária em saúde do Município de Fortaleza, Estado do Ceará. Os dados foram analisados pelos pressupostos da hermenêutica crítica. Os resultados convergem que o processo de interlocução clínica cotidiano exige uma convivência dialógica e singular no reconhecimento intersubjetivo. As relações assistenciais são objetivadas pela demanda crescente nos serviços de

saúde. Discutem-se os sentidos diretivo e prescritivo do ato clínico e as limitações e potencialidades para o alcance da resolubilidade.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Subjetividade, Prática clínica.

ABSTRACT

Research developed in daily life of the Family Health Strategy in order to examine the relationship between users, family members and health teams in operation of clinical practice and its dialogue with the comprehensive care and assistance resolubility. This is a study of qualitative nature. The participant were users, relatives and workers of health of primary attention of health net of municipal of Fortaleza, Ceará. The data were analyzed by critic hermeneutics' assumptions. It converges on clinic practice that the process of therapeutic interlocution demands a dialogic and full convivence. The results converge that the process of

¹ Doutor em Saúde Coletiva. Professor Adjunto da URCA. germanepinto@hotmail.com

² Pós-doutora em Saúde Coletiva. Professora Titular da UECE. Pesquisadora CNPq. Docente e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE. masabejo@uece.br

everyday clinical dialogue requires a dialogical and natural living in the intersubjective recognition. The assistance care services are targeted by the increasing demand for health services. Discusses the directive and prescriptive sense of the clinical act and the limitations and potential for achieving resolubility.

Key words: Family Health Strategy, Unified Health System, Primary Attention to Health, Subjectivity, Clinic Practice

RESUMEN

La investigación desarrollada en la vida diaria de la Estrategia Salud de la Familia con el fin de examinar la relación entre los usuarios, familiares y los equipos de salud en funcionamiento de la práctica clínica y su diálogo con el cuidado y la asistencia solución integral. Se trata de un estudio cualitativo. Los participantes eran miembros, familiares y trabajadores de la salud en el estado de la red de atención primaria de la ciudad de Fortaleza, Estado de Ceara. Los datos fueron analizados por los supuestos de la hermenéutica crítica. Los resultados convergen que el proceso de diálogo clínica diaria requiere una dialógica y natural de estar en el reconocimiento intersubjetivo. Los servicios de atención de la asistencia

son el blanco de la creciente demanda de servicios de salud. Discute la directiva y el sentido prescriptivo del acto clínico y las limitaciones y posibilidades de lograr la solución.

Descriptor: Estrategia de Salud Familiar, Sistema Único de Salud, Atención Primaria de Salud, subjetividade, Clínica.

INTRODUÇÃO

O objeto de estudo se delimita na prática clínica operada no território da Estratégia Saúde da Família (ESF). A ênfase analítica enfoca as relações entre usuários e os trabalhadores da saúde na produção do cuidado. Entende-se que ao compreender as interações cotidianas, é possível vislumbrar caminhos e possibilidades para promoção da integralidade no equilíbrio do processo saúde-doença e, adiante, efetivar a resolubilidade assistencial.

Permear o território urbano da ESF se torna relevante para compreensão dos saberes e práticas da clínica como dispositivo tecnológico para produção do cuidado em saúde. Ao incorporar saberes estruturados e atitudes humanas para sua operação, enquadra-se nas ditas tecnologias levaduras do processo de trabalho em saúde. A potência desta ferramenta em

produzir vida e cuidado se particulariza pela relação sujeito-sujeito, ou seja, pela intersubjetividade requerida no reconhecimento mútuo do outro⁽¹⁾.

Hegemonicamente, a clínica biomédica indica padrões e modelos de abordagem terapêutica com condutas pré-formuladas em protocolos assistenciais, comumente, focados na remissão de processos mórbidos de adoecimento. Destarte, uma intensa valorização dos enunciados biológicos, quase sempre, “medicalizantes” se sobrepõem às experiências singulares e ao conhecimento adquirido na vida vivida⁽²⁻³⁾.

Entretanto, é possível horizontalizar as relações terapêuticas na contextualidade social da prática clínica. Para efetivação de diálogos e pactuações em torno da promoção da saúde e produção do cuidado, indica-se a intersubjetivação no ato clínico. De modo instituinte, as práticas assistenciais devem efetivar iniciativas para a evidência dos sujeitos, tanto na composição participada dos seus problemas e necessidades de saúde, como pelas criativas e corresponsabilizadas atitudes terapêuticas em seus enfrentamentos cotidianos⁽⁴⁻⁵⁾.

As ações da Estratégia Saúde da Família (ESF) incidem no espaço

territorial para operar atividades voltadas, prioritariamente, para a promoção da saúde e prevenção de doenças e/ou agravos. Caracterizada por múltiplos e diversificados tipos de atendimentos e demandas, a equipe da ESF estabelece atitudes clínicas multiprofissionais junto à população com foco no contexto familiar e atuação comunitária.

Na organização da rede de Atenção Primária em Saúde no SUS, coexistem diferentes modelos e proposições para a clínica no cotidiano assistencial. A proposição estratégica de inverter a evidente lógica curativa exige implicações com o cuidado integral e a resolubilidade. A intersubjetividade possibilita o estabelecimento de pactos, agenciamentos e, principalmente, atitudes humanas mais próximas do alcance da atenção universal, equânime e integral⁽⁶⁾.

No sentido da compreensão das tensões, fragmentações e desassistências recorrentes no território da ESF, apresenta-se como objetivo analisar as relações entre usuários, familiares e equipes de saúde na operacionalidade da prática clínica e sua interlocução com a integralidade do cuidado e resolubilidade assistencial no cotidiano comunitário.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, numa perspectiva crítica e reflexiva. Nesse escopo, é possível compreender as múltiplas dimensões do objeto de pesquisa a partir das interpretações, entrecruzamentos e desvelamentos da realidade investigada (7).

O local da pesquisa foi o Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará. A cidade tem uma população de 2.452.185 habitantes e a distribuição dos serviços municipais de saúde está dividida em cinco redes: atenção básica, hospitalar, especialidades, saúde mental, e urgência/emergência. A rede assistencial de atenção básica do Município disponibiliza 255 equipes implantadas da ESF, perfazendo uma cobertura estimada do território de 35,88% (8).

As equipes foram selecionadas em duas Secretarias Executivas Regionais (SER) IV e V. Na pactuação institucional da Universidade Estadual do Ceará com o Sistema Municipal Saúde-Escola, estas áreas são prioritárias para desenvolvimento de estudos, pesquisas e parcerias de educação permanente. O processo de

escolha foi intencionada pela contextualidade, ou seja, uma equipe com estrutura física adequada e outra com recursos físicos e operacionais limitados, ambas em áreas de densidade populacional elevada.

Os participantes da pesquisa foram 42 usuários, 16 familiares e 31 trabalhadores de saúde que atuam no território da Estratégia Saúde da Família. Detalhadamente, foram três médicos, dois enfermeiros, dois odontólogos, três técnicos de enfermagem, dois técnicos de higiene dental, 11 agentes comunitários de saúde e quatro agentes administrativos. Ainda compõem a amostra, dois psicólogos, uma assistente social, um fisioterapeuta, ambos das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Todos os participantes compunham as equipes selecionadas na pesquisa, e a participação foi solicitada pela participação direta nas atividades sob análise. A escolha dos sujeitos emergiu no cenário operacional da ESF. Cada participante está ativamente relacionado com as ações clínicas do cotidiano assistencial no território. Para fechamento da composição final de 89 participantes, utilizou-se o referencial metodológico da saturação teórica (9).

No decurso da coleta dos dados, utilizaram-se as técnicas da entrevista semiestruturada e a observação sistemática. Para tanto, a investigação foi conduzida a partir dos enunciados questionadores: organização e o funcionamento da Estratégia Saúde da Família (ESF) na resolução dos problemas de saúde; prática clínica na relação com a produção do cuidado e promoção da saúde; abordagens integrais à saúde; e, relação entre trabalhadores de saúde entre si e destes com usuários/familiares no cotidiano.

Os dados foram analisados sob os pressupostos da hermenêutica crítica. A escolha deste formato metodológico alinha-se com a intenção compreensiva do estudo em reconhecer os sujeitos em suas relações, contextos, significados e sentidos. As etapas para interpretação dos dados foram: ordenação, classificação e análise final⁽⁷⁾.

Na primeira etapa, o material para análise resultante da transcrição das entrevistas e registro das observações foi ordenado por sínteses de conteúdo e grupo de participantes (equipe de trabalhadores de saúde e usuários). Para classificação dos dados, as unidades de sentido e significação partiram dos questionamentos relacionados a prática clínica, produção

do cuidado e resolubilidade, já estabelecidos no objeto de estudo.

Para análise final, o entrecruzamento das sínteses convergentes e divergentes em complementaridade ou diferentes fizeram interlocução com os referenciais teóricos e a articulação reflexiva para crítica e compreensão da realidade. Enfim, desvelaram-se as categorias temáticas da análise apresentadas com ilustração das falas e literatura pertinente ao tema.

Assume-se a recomendação ética da pesquisa envolvendo seres humanos⁽¹⁰⁾, conforme parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob nº 10724452-7.

RESULTADOS

Enfrentamentos cotidianos na prática clínica da Estratégia Saúde da Família.

No cotidiano da Estratégia Saúde da Família (ESF), compreendem-se relações interpessoais na dimensão social do cuidado, saúde e sobrevivência. Cada atitude é singularizada por convivências comunitárias. As pessoas em seus encontros assistenciais na atenção básica trazem à tona tensões, fugas, alívios e o próprio equilíbrio vivido na

manutenção da vida vivida: eis seus enfrentamentos.

Contextualidade urbana

Com efeito, os participantes narram um território ativo que aporta suas trajetórias pessoais na busca da vida-possível, riscos sociais e demandas para atendimento. Sob o foco da atenção à saúde, as equipes relatam suas atuações tensionadas pelas vulnerabilidades sociais e distribuição sociodemográfica desproporcional em relação a oferta de serviços e cobertura da ESF:

“A nossa área é muito grande. É muito extensa! E o número de famílias adscritas está acima do que recomenda o Ministério da Saúde. E ainda assim, as famílias não cobertas também precisam ser atendidas. E, aí, fica difícil, mas a gente faz um esforço em equipe para atender.” (ENFERMEIRA)

“Aqui tem de tudo. Se o senhor [pesquisador] der uma voltinha por ali, vai ver o que é miséria, gente usando droga. Muita violência. Sem falar o povo doente. Essas viroses (...) é problema de pressão, a minha vizinha aí vive acamada, tem problema de cabeça, é muita doença. Só Deus para nos proteger.” (USUÁRIA)

“A pobreza é o que mais temos por aqui. Problema maior é quando tem alguém doente porque tudo fica difícil.

A gente orienta, ajuda no que é possível, mas sei que é difícil resolver.”

(AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE)

Nas áreas demarcadas factualmente pela violência, desvelam-se resiliências singulares e adequações institucionais. A necessidade de sobrevivência e convivência sociofamiliar, por parte dos moradores; e, concomitantemente, o compromisso em atender e prestar assistência em saúde, por parte da equipe da ESF, demarcam atitudes e pactuações comunitárias, como relatam:

“Eles não mexem com ninguém não. É assim, o povo de fora vem aqui e acha que é muito violento, mas não é. Eu ando por aqui qualquer hora por que todo mundo me conhece. Eu sei que tem gente fazendo mal em todo canto, mas por aqui ninguém mexe com quem mora aqui. É como se fosse uma família, só não vamos é ‘facilitar’, né.” (USUÁRIA)

“Fazemos um esforço para cuidar das pessoas que precisam. Já tivemos que fazer visita domiciliar com uma viatura do Ronda [Polícia Militar]. Temos muito cuidado porque sabemos das condições de violência da área, mas não deixamos de atender.” (ENFERMEIRA)

“A situação de violência do bairro influencia no funcionamento do posto. São inúmeros casos de usuários de drogas e/ou traficantes que impedem algumas atividades da unidade devido às brigas, assaltos e demais ocorrências comunitárias de tensão ou violência. Ficamos no limite entre aceitar ou recusar algumas imposições, mas, temos que manter nossa vida. É bem difícil, esta situação.” (MÉDICO)

Vulnerabilidades e limitação do atendimento em saúde

Os contextos pesquisados demonstraram situações de vulnerabilidade nas condições econômica e social, evidentemente na dimensão sanitária. A expressão da autonomia da população adscrita perante situações de reduzidas possibilidades em manter a vida saudável se limita pelas iniciativas da ESF e os enfrentamentos cotidianos para sobrevivência no espaço urbano:

“A coisa aqui tá muito acochada. Tenho meu pai com problemas. Uma irmã também, como vocês tão vendo. Essa casa além de não ser minha, vai ser demolida. E eu não sei como vai ser. Tem horas que a cabeça só falta explodir. E aí, não tem como pensar em mais nada. Um dia desses até meu remédio eu esqueci de tomar.” (USUÁRIA – FAMILIAR)

“O médico e a doutora enfermeira já me disseram sobre a dieta que tenho que ter. O que devo comer. Mas às vezes a gente tem que comer é o que tem, doutor.” (USUÁRIA)

As experiências na realidade investigada demonstram que os participantes se deparam com a baixa cobertura assistencial e demanda crescente. Apesar do desconhecimento sobre o perfil assistencial da ESF, a recorrência das demandas e enfermidades incide intensamente nas possíveis relações de cuidado, objetivando a ação clínica prestada nos atendimentos cotidianos na unidade de saúde:

“O povo diz que a gente não trabalha. Tem uns que diz que a gente só sabe conversar. E tem outros que reclamam porque a visita é rápida. Tem muita gente para a gente acompanhar. Ver se tá tudo bem. Pesar. Olhar se tá sendo acompanhado. A gente ainda ajuda no caso de uma marcação de ficha quando realmente precisa um exame e até as visitas do médico e da enfermeira. É muita coisa, se tivesse mais tempo, a orientação seria melhor ainda.” (AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE)

“O atendimento clínico é importante para conhecer o paciente. Se a consulta é muito rápida, como

vamos fazer um atendimento de qualidade? O saúde da família prioriza a promoção da saúde e para isso precisamos acompanhar com qualidade e ser resolutivo. Ainda temos muitos problemas, muita demanda, e às vezes, até o diálogo com o paciente fica diminuído.” (MÉDICO)

“Faz tempo que a gente luta para esse posto ser construído e ficar mais perto da gente. É muito longe e perigoso a gente se deslocar para o posto de lá. Ainda bem que o médico e a enfermeira vem atender na igreja toda semana. Ajuda muita, mas a gente precisa de mais. E vamos ficar sempre nessa vontade para as coisas melhorarem.” (USUÁRIO)

Observa-se na operação do cuidado na ESF, que a atuação das equipes requisita uma configuração territorial mínima que possibilite uma atenção integral e resolutiva a partir de uma distribuição equânime de serviços e procedimentos assistenciais. Complementa-se à prática clínica, o processo de gestão tenso e limitado para suprimento e organização das demandas no território da ESF:

“A gente tenta atender a todos, mesmo com o agendamento, os casos urgentes são avaliados. Mas é gente e problema demais.” (ENFERMEIRA)

“O problema desse posto é que nunca tem ficha quando a gente precisa. É uma dificuldade imensa ser atendido.” (USUÁRIA)

“A triagem é feita todos os dias. A marcação das consultas é feita quando o paciente sai já para a próxima vez. As pessoas que estão doentes também são vistas. A gente vê o que é, se é urgente e tenta encaixar nas consultas dos médicos que estiverem atendendo naquele dia. A confusão que tem é quando tem gente demais.” (TÉCNICA DE ENFERMAGEM)

“Cada morador tem sua equipe. Cada equipe tem uma cor. As áreas cobertas já sabem quem são seus agentes de saúde e sua equipe de atendimento. O que acontece é que aqui no posto chega muita gente doente e precisa ser atendida e não vai entender essa divisão. É feito uma triagem, mas mesmo assim acontece muito de termos um atendimento aumentado.” (ENFERMEIRA)

Controle, prevenção e desassistência

Detalhadamente, convergem as experiências que descrevem a desigual relação entre o que a população precisa para manter sua saúde e o que é disponibilizado como ação de promoção, prevenção, assistência e reabilitação pela ESF. Ao que persiste no agir cotidiano, sob narrativas dos

participantes, opera-se a lógica racionalizada da dimensão biopatológica, vislumbrando emergencialmente, processos de adoecimentos, quase sempre, agudos ou críticos:

“Todo mês acompanhamos os casos de usuários com as doenças de controle. Hipertensos, tuberculosos, hansenianos, diabéticos, todos eles, os programas básicos. Ainda tem o controle pré-natal, a puericultura, a vacinação e as visitas domiciliares. Nesses casos, tentamos manter o acompanhamento mensal. Mas temos muitas situações que precisam de consulta fora do mercado, para intervir com medicação, são os problemas agudos que aparecem todos os dias.”
(ENFERMEIRA)

“Nós trabalhamos com prevenção. Mas nem sempre é possível trabalhar só com prevenção. Muitos usuários não conseguem manter sua saúde adequadamente e a nossa equipe tem que atender. Fora os grupos de acompanhamento e controle, são atendidos muitos usuários com problemas urgentes, febre, viroses e outras doenças nas consultas.”
(AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE)

“Eu vim para a consulta porque estou doente. Não vivo em posto. Faz

dias que ‘tava’ em casa tentando ficar boa sozinha, mas fiz foi piorar. Se pudesse passava longe de posto, mas hoje precisava me consultar para tomar um remédio e melhorar. E acho justo ser atendida. Porque que as fichas são para quem tá grave, não é?”
(USUÁRIA)

Limitação clínica e a hegemonia prescritiva do cuidado em saúde

Sobre a prática clínica da ESF, é narrada uma baixa interação entre profissionais de saúde e usuários. A clínica cotidiana é predominantemente prescritiva e direcionada à resolução das demandas que se expressam relevantemente no território:

“Tenho muitos atendimentos. Só prescrevo quando realmente é necessário. Mas tenho que prescrever na maioria das vezes.” (MÉDICO)

“Para dar conta das doenças que as pessoas têm, é preciso que elas sejam acompanhadas e tratadas. Pelo menos, na dificuldade que eles têm, muitos seguem direitinho a prescrição da equipe, faz os exames, toma o remédio na hora. Pelo menos, isso.”
(AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE)

“Eu quero é tomar um remédio que seja bom e pronto.” (USUÁRIO)

Concomitantemente, convivem no cotidiano da ESF, práticas de

promoção da saúde operadas nos encontros individuais e nas oportunidades grupais. As iniciativas integrativas tornam disponíveis informações sobre prevenção de doenças, controle de agravos bem como problemas da unidade de saúde, entre outras:

“Tiro minhas dúvidas nas reuniões. É muito bom. Sempre vêm alguém da equipe explicar mais sobre as doenças e como a gente faz para não ficar doente. É o tempo que a gente tem pra conversar com os doutores que não dá na consulta. Gosto muito das brincadeiras também, e dos exercícios.”
(USUÁRIA)

“Os hipertensos e diabéticos são atendidos pela equipe com as consultas, os remédios e os grupos. Os grupos tem mais ou menos umas 50 pessoas e funcionam bem. Os grupos tem tido uma resposta muito boa.” (AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE)

“Não se tem espaço para exposição das necessidades, dificuldades e problemas. Para resolver os problemas, os espaços de diálogo entre usuários, equipe e a gestão pouco existe. A equipe tenta, mas é difícil. Principalmente com a gestão.”
(MÉDICO).

Em divergência ao caótico processo limitado da clínica na ESF,

ações transversais como o agir dialógico entre usuários e trabalhadores da saúde propiciam entendimento mútuo sobre o processo saúde-doença bem como condicionantes da desassistência assistencial. Pela escuta e diálogo, o cuidado emerge para um sentido integral e singularizado da atenção à saúde:

“A clínica do PSF fica muito no espaço entre o saber e o fazer. São atitudes adaptadas a realidade da população e suas condições de vida. Tem situações que o saber clínico procura resolver, na prática, de algum modo, o que o paciente está sentindo. É difícil porque a situação da comunidade, quase sempre, é precária e com muitas doenças. Para trabalhar na Saúde da Família o que mais vale é o olhar para o paciente, escutar, entender e tentar fazer o possível. Para isso, a especialidade médica não é importante na resolução. O que é mais importante na clínica do PSF é a o olhar como um todo.” (MÉDICO)

“Os momentos que temos com a população atendida são bem amplos e resolutivos. Temos a oportunidade de atender de um modo diferente. Seja no ambulatório como nos grupos de idosos, de terapia, temos uma resolutividade muito boa porque damos atenção mais próximas às questões

relacionais dos usuários. A resolutividade em ouvir, discutir e propor caminhos é muito boa.” (PSICÓLOGO)

“No nosso trabalho é preciso olhar a situação do outro. Isso é o mais importante: olhar o outro. Somos líder comunitário, psicólogos, juiz, delegado, conselheiro, tudo! A gente faz de um, tudo. Essa é a nossa vocação, se não tivermos essa sabedoria de cuidar do outro não dá certo.” (AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE)

“Eu sou atendida aqui no posto e não troco esse atendimento por nenhum outro. Nas consultas, recebo meu remédio e as orientações para minha saúde. E aqui no grupo, eu gosto demais porque a gente canta, pergunta e aprende muito. Eu tenho melhorado muito. Eu me sinto muito bem, mesmo com minhas dificuldades.” (USUÁRIO)

DISCUSSÃO

Em tempo, a partir situações analisadas, o direito à saúde da população fica limitado ao que estiver ofertado, conseqüentemente, excluindo pessoas com suas demandas de atendimento e necessidades pessoais. Na relação oferta-demanda, o reconhecimento contextual das zonas urbanas brasileiras evidencia um adensamento populacional acentuado

que se correlaciona diretamente com irregular distribuição na oferta dos serviços de saúde. Tal iniquidade aliada às limitações para reconhecimento das heterogeneidades étnicas, culturais e sociais da população, desfavorece a plenitude da cidadania pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) ⁽¹¹⁾.

Concomitantemente, os riscos e vulnerabilidades sociais subjazem à baixa oferta de serviços. A pressão por atendimento está à frente das necessidade de saúde por requisitar resolução para demandas emergentes. As tensões relacionais entre a equipe da ESF e os usuários se estabelecem objetivamente numa disputa entre o sentido programático dado à organização da relação oferta-demanda na unidade de saúde e os problemas vivenciados aguda ou cronicamente pela população, quase sempre, produzindo limitações no acolhimento, cuidado e atendimento integral ⁽¹²⁻¹³⁾.

No cotidiano comunitário, as situações de violência vivenciadas pela população produzem significações e sentidos múltiplos. Há acomodações ajustadas pela sobrevivência bem como pelo assujeitamento nas relações sociais excludentes. Nota-se que o reconhecimento subjetivo e cidadão é processual e, ao longo do tempo, também se reprime perante as

iniquidades. Entretanto, a transposição de situações conflitantes e sofríveis no contexto de vida é permeada pelo desejo singular de mudança, tanto nas práticas de cuidado como na felicidade individual e familiar ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

O risco de morrer pela fome é tomado como sentido comum na comunidade. Em consequência, as indicações terapêuticas e preventivas relacionadas aos diversos hábitos e comportamentos adentram de modo secundário no elenco de atividades diárias da população mais carente. A dispor de uma escolha finalística quase sempre reduzida ao que se tem, as opções para tratamento, prevenção e promoção ficam reduzidas às intenções não-factíveis no cotidiano familiar e comunitário ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Há uma lacuna político institucional na expansão da rede de atenção primária à saúde dos grandes centros urbanos no Brasil pelo início tardio se comparado com a implantação da Estratégia Saúde da Família no interior do País. Considerando a irregular distribuição de profissionais nas regiões, estados e municípios, bem como a extensa carga clínico-demográfica destes, a atenção à saúde ainda opera com frágeis possibilidades de organizar integralmente a

resolubilidade assistencial no território urbano ⁽¹⁷⁾.

Nesse processo, na possível ampliação da cobertura assistencial, a ESF dispararia a primeira responsabilização para com os usuários do território e daí já reconheceria sua condição cidadã, universalizando o acesso ao SUS. Evidencia-se que para o planejamento das ações, a atenção à saúde tem que ser equânime ao cuidar dos sujeitos. É preciso considerar suas necessidades que são bem mais amplas do que as demandas exibidas nas recepções das unidades de saúde. Porém, no que se observa nas equipes de saúde investigadas, é a limitação na oferta de serviços bem como a fragilidade assistencial que emergem nas suas práticas cotidianas.

Operacionalmente, a atuação da ESF enfoca o risco numa linearidade causal que exclui concepções complexas, práticas circundantes ao dano e até mesmo a proteção possível. As relações interpessoais excluem o reconhecimento do outro no processo de vida múltiplo e diversificado nas comunidades. Enfatiza-se na realidade investigada que iniciativas assistenciais que incluem práticas de gestão e clínica compartilhadas por processos dialógicos e intersubjetivos tendem a se aproximar

melhor de uma resolubilidade terapêutica e promotora de saúde⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Por considerar a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), urge uma atuação crítica e responsabilmente pelas pessoas que (sub)utilizam a Estratégia Saúde da Família (ESF). A superação das iniquidades assistenciais requisita ativação dos sujeitos para o planejamento pleno das intervenções no território em busca da resolubilidade. Entretanto, as objetivas relações clínicas da atenção básica são multidimensionadas pela fragmentação terapêutica operada nas unidades de saúde bem como pela conveniência da requisição curativa, medicalizante e prescritiva da população na manutenção da vida⁽²⁻³⁾.

Nesse processo, vivencia-se o controle sintomático das condições de saúde pela recorrente demanda dos usuários que chegam até a unidade de saúde. As abordagens farmacoterápicas ampliam suas zonas de intervenção até mesmo em situações de sofrimento e desarmonia psicossocial. Conseqüentemente, a utilização de fármacos no cuidado pessoal revela a busca das pessoas por trajetórias mais rápidas e medicamentalizadas para suas sintomatologias de menor ou nenhuma gravidade em detrimento de práticas

saudáveis mais resolutivas para estas situações⁽²⁻⁴⁾.

Numa compreensão ética e política, a ESF emerge no território comunitário e a diversidade deste deve compor a pauta programática assistencial ao flexibilizar atendimentos a dispor das ocorrências clínicas advindas às unidades de saúde. Cogerir os atravessamentos e resistências que prejudicam a dinâmica da clínica se torna possibilidade efetiva para sobrepor limitadas intervenções e processos de queixa-conduta, quase sempre, com redução de vínculo e acolhimento mútuo⁽¹⁶⁾.

Em análise, a assistência da Estratégia Saúde da Família se fragmenta pela dificuldade em manter a produção do cuidado integral junto à população adscrita. Para seu atendimento multidisciplinar, os serviços de atenção primária em saúde precisam existir numa quantidade mínima e se adequar aos determinantes de saúde do território⁽¹⁸⁾. Entretanto, as tensões do cotidiano da atenção à saúde no território se atravessam numa carga-limite de interação, desencadeando condutas tangenciais, protocolares e diretivas como limitadas ferramentas terapêuticas entre trabalhadores de saúde e usuários.

Em práticas diferenciadas e instituintes, a equipe da ESF também reconhece que a vida urbana contemporânea fomenta a eclosão de outras situações e problemas de saúde. As pessoas são complexas nos seus processos subjetivos e singulares. Para tanto, é preciso sobrepor a lógica de “atender mais em pouco tempo” e ampliar a possibilidade de encontros potencializados pelos dispositivos da integralidade e promoção da vida. Na promoção do equilíbrio psicossocial da vida, torna-se requisito importante o emprego das escutas ativas e pactuações terapêuticas condizentes com a realidade vivida numa interação participativa e horizontal de sujeitos em prol da vida saudável^(14, 17).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na prática clínica, as relações entre os sujeitos que interagem no cuidado em saúde exigem uma horizontalidade acolhedora e corresponsável para manutenção da vida. No entanto, práticas dialógicas são significativamente alijadas do cotidiano das equipes de saúde da ESF, em razão da intensa carga assistencial que a demanda crescente nos serviços de saúde do contexto comunitário urbano impõe. A convivência comunitária, os determinantes sociais e as condições de

saúde permeiam as relações assistenciais e dão sentido ao cuidado em saúde, limitando ou potencializando a promoção da vida.

Ademais, as políticas públicas são tangenciais no que se refere à disponibilidade de dispositivos comunitários para promoção da saúde e da vida. Há um hiato no planejamento terapêutico da atenção primária em saúde que coincide com a verticalização e diminuta oferta dos serviços de saúde. Na dimensão do controle e prevenção, as ações são interventivas; na dimensão promotora da vida, as atitudes clínicas inovadoras são pontuais embora potencialmente resolutivas. Concomitantemente, dificuldades estruturais no cotidiano das equipes limitam as possibilidades para consolidação plena de uma atenção clínica equânime e integral.

REFERÊNCIAS

1. Franco TB, Merhy EE. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. Salud colectiva [online] 2011 [citado 2014 mar. 15]; 7(1):9-20. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000100002&lng=es&nrm=iso.
2. Sundfeld AC. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. Physis [online]. 2010

- [citado 2012-05-08]; 20(4):1079-1097. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400002&lng=pt&nrm=iso.
3. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na Internet]. 2010 Nov [citado 2014 Mar 15]; 15(Suppl 3): 3615-3624. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036&lng=pt.
 4. Galavote HS, Franco TB, Lima RCD, Belizário AM. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. *Interface (Botucatu)* [periódico na Internet]. 2013 Set [citado 2014 Mar 15]; 17(46): 575-586. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000300007&lng=en.
 5. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [periódico na Internet]. 2011 [citado 2014 Mar 20]; 19(1): 123. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_17.pdf
 6. Viegas SMF, Penna CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na Internet]. 2013 [citado 2014-03-11]; 18(1):181-190. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100019&lng=en.
 7. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª. Edição. São Paulo: Hucitec; 2014.
 8. Brasil. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2007: Saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza: Imprensa Municipal; 2009.
 9. Flick U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed-Bookman; 2009.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo humanos. *Diário Oficial da União* 2013; 13 junho.
 11. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na Internet]. 2012 [citado 2014 Março 20]; 17(11): 2865-75. Disponível em:
<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>
 12. Macedo CA, Teixeira ER, Daher DV. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. *Rev enferm UERJ* [periódico na Internet]. 2011 [citado 2014 Março 20]; 19: 457-62. Disponível em:
<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a20.pdf>
 13. Gomes FM, Silva MGC. Programa Saúde da Família como estratégia de

- atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na Internet]. 2011 [citado 2014 Março 20]; 16:893-902. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232011000700021&script=sci_arttext
14. Ayres, JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet]. 2005 [citado 2012-05-08]; 10(3): 549-560 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300013&lng=en&nrm=iso
15. Budó MLD, Mattioni FC, Machado TS, Ressel LB, Borges ZN. Concepções de violência e práticas de cuidado dos usuários da estratégia de saúde da família: uma perspectiva cultural. Texto contexto - enferm. [periódico na Internet]. 2007 Set [citado 2012 Mai 08]; 16(3): 511-519. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300018&lng=en.
16. Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet]. 2005 Set [citado 2012 Maio 08]; 10(3): 707-717. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300027&lng=pt.
17. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2008 [citado 2012-05-08]; 24(1):7-16 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lng=pt&nrm=iso
18. Gomes MCPA, Pinheiro Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface (Botucatu) [periódico na Internet]. 2005 Ago [citado 2012 Maio 08]; 9(17): 287-301. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200006&lng=pt.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2014-11-27
Last received: 2015-02-15
Accepted: 2015-03-25
Publishing: 2015-05-29