

Grupos prioritários da estratégia saúde da família: a atenção primária à saúde na prática

Priority groups of family health strategy: the primary health care in practice

Grupos prioritarios de la estrategia salud de la familia: la atención primaria en la práctica

Antonio Germane Alves PINTO¹, Kamille Ribeiro SAMPAIO², Aurylene Cordeiro LOBO³, Brenda Dias MACIEL⁴, Maria Salete Bessa JORGE⁵

RESUMO

Objetivo: analisar a operacionalização da Atenção Primária à Saúde pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, com foco nos grupos prioritários. **Métodos:** pesquisa qualitativa realizada em Fortaleza-CE de 2011 a 2012. Os participantes foram 31 trabalhadores de saúde da Estratégia Saúde da Família e 42 usuários. Utilizou-se entrevista semiestruturada, grupo focal e observação sistemática com análise temática dos discursos. Aprovado em comitê de ética em pesquisa com nº 10724452-7. **Resultados:** a realização de ações estratégicas focadas em grupos prioritários visa organizar a demanda e solucionar os principais problemas de saúde da comunidade, porém, implica generalização do padrão de vida/saúde. Observou-se que as atividades assistenciais/curativas são mais valorizadas pelos usuários do que aquelas preventivas/educativas. **Considerações Finais:** os profissionais de saúde e usuários devem conscientizar-se da importância da promoção da saúde; a gestão deve promover a desburocratização do serviço, proporcionando um acompanhamento efetivo das famílias. **Descritores:** Estratégia saúde da família; Atenção primária à saúde; Promoção da saúde; Prioridades em saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the operationalization of the Primary Health Care by Family Health Strategy teams, focusing on priority groups. **Methods:** qualitative research held in Fortaleza-CE 2011-2012. It has involved the participation of 31 health workers of the Family Health Strategy and 42 users. Semi-structured interviews, focus groups and systematic observation themed discourse analysis were used. The ethics committee in research under the number 10724452-7 approved the study. **Results:** the prioritization of strategic actions taken in priority groups organizes the demand and solves the major health problems of the community, yet there is a generalization of the living standards and health. It was observed that the care/healing activities tend to be more valued than those preventive/educational are by users. **Final Considerations:** health professionals and users should be aware of the importance of health promotion; health managements should reduce the service bureaucracy, providing an effective support for families. **Descriptors:** Family health strategy; Primary health care; Health promotion; Health priorities

¹ Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva. Professor Adjunto da Universidade Regional do Cariri. Crato, Ceará, Brasil. E-mail: germanepinto@hotmail.com

² Enfermeira. Mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente. Enfermeira do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará, Crato, Ceará, Brasil. E-mail: kamille_sampaio@hotmail.com

³ Enfermeira. E-mail: aurylene.cl@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Coordenadora da Vigilância Epidemiológica do Município de Araripina, Pernambuco, Brasil. E-mail: brenda-diasma@hotmail.com

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: masabejo@uece.br

RESUMEN

Objetivo: analizar el funcionamiento de Atención Primaria de Salud de equipos de la Estrategia de Salud de la Familia, *centrándose en los grupos prioritarios*. **Métodos:** *investigación cualitativa en Fortaleza 2011-2012*. Participaron 31 trabajadores de salud de la Estrategia de Salud de la Familia y 42 usuarios. *Se utilizó entrevistas semiestructuradas, grupos focales y observación sistemática, y hecho análisis temático. Aprobado por el comité de ética en investigación bajo número 10724452-7.* **Resultados:** la priorización de acciones estratégicas adoptadas en grupos de prioridad es organizar la demanda y resolver los principales problemas de salud de la comunidad, *pero se produce una generalización de los niveles de vida y la salud*. **Consideraciones Finales:** los profesionales de la salud y los usuarios deben ser conscientes de la importancia de la promoción de la salud; la gestión de la salud debe reducir la burocracia del servicio, *proporcionando un apoyo efectivo para las familias*.

Descriptores: *Estrategia de salud familiar; Atención primaria de salud; Promoción de la salud; Prioridades en salud.*

INTRODUÇÃO

A saúde vem se tornando um fenômeno socialmente determinado pela condição de vida das pessoas, que ultrapassa a unidade anatomo-fisiológica para reconhecimento do contexto, no qual pessoa, família e comunidade estão inseridas. A Atenção Primária à Saúde (APS) reúne ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, desenvolvidas individual e coletivamente no território.¹

Na atual conjuntura brasileira de atenção à saúde, a APS é operacionalizada através da Estratégia Saúde da Família (ESF), que deve priorizar a atenção integral, equânime e resolutiva. Entre seus desafios, relevam-se a participação social e o enfrentamento no território dos determinantes de saúde com ações intersetoriais.²

O foco estratégico da ESF é delimitado pelo acesso e acolhimento do usuário na rede de saúde, bem como na implicação ético-política para pactuação de responsabilidades junto a população adscrita.³

As prioridades do atendimento são definidas pelas demandas e necessidades de saúde. As ações longitudinais do cuidado junto aos grupos com crianças, idosos, gestantes, pessoas com doenças crônicas, entre outros; evidenciam relevante risco e vulnerabilidade. Contudo, associam-se recorrente fragmentação assistencial e baixa resolutividade entre os diferentes níveis de atenção à saúde.⁴

Tem ocorrido significativa expansão da ESF nas últimas décadas, passando de 0,3 equipes por 1000 habitantes em 1994 para 31,6/1000 em 2010. O impacto da cobertura da ESF evidencia redução de gastos com internações por causas sensíveis à APS, bem como ampliação do cuidado integral à população em grupos específicos.⁵⁻⁶

As tensões cotidianas na ESF são contingenciadas com arranjos assistenciais e gerenciais que hegemonomizam a prática da queixa-conduta, quase sempre, centrada no procedimento.⁶ A avaliação sobre o funcionamento da ESF e o atendimento

ambulatorial descrevem a priorização dos grupos populacionais envolvidos com agravos e adoecimentos.⁷

O processo de trabalho das equipes de saúde e a intensidade das demandas da população por atendimento na rede assistencial são situações relevantes para investigar o modo de agir com vistas à promoção da saúde. Os pressupostos de melhoria da qualidade de vida da população, redução de custos e prevenção de agravos e doenças justifica a análise contextual pretendida nesse estudo.

Nesse sentido, objetivou-se analisar a operacionalização da Atenção Primária à Saúde pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, com foco nos grupos prioritários.

MATERIAS E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará. A opção se valida pelo contexto histórico da cidade no processo de implantação e funcionamento da ESF em seu território, e por ser uma área de atuação da Universidade Estadual do Ceará.

A pesquisa selecionou duas equipes da ESF do Município na área geográfica da Secretaria Executiva Regional (SER) adscrita à Universidade Estadual do Ceará pelo Sistema Municipal Saúde-Escola. Nesta área regional, existiam 39 equipes de saúde da família distribuídas em 12 (doze) unidades de saúde. A escolha das equipes ocorreu por sorteio na coordenação regional, pois todas as unidades mantinham perfil

epidemiológico e assistencial equivalentes.

O estudo foi realizado com 73 participantes, sendo 31 trabalhadores de saúde da ESF e 42 usuários. Os trabalhadores de saúde são profissionais definidos por categoria regulamentada em níveis superior e/ou técnico e funcionários administrativos que exercem tarefas e ações diretas e indiretas nas unidades básicas de saúde.

A composição dos trabalhadores foram três médicos, dois enfermeiros, dois dentistas, 11 agentes comunitários de saúde, três técnicos de enfermagem, dois técnicos de higiene dental, dois psicólogos, um assistente social, um fisioterapeuta e quatro assistentes administrativos. Os trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram incluídos no processo de investigação por integrar o cotidiano das equipes e nas condutas terapêuticas junto aos usuários e familiares.

Os critérios para seleção dos participantes foram: estar sendo atendido na unidade de saúde escolhida (usuários) e atuação de no mínimo seis meses na equipe da ESF (trabalhadores de saúde). Foram excluídos trabalhadores de saúde que estivessem de férias e/ou licença e usuários não cadastrados na unidade de saúde.

Para obtenção dos achados da investigação, foram utilizadas as seguintes técnicas: entrevista semiestruturada, com trabalhadores de saúde e usuários; grupo focal, com usuários; e, observação sistemática no cotidiano da ESF. As entrevistas foram realizadas na unidade de saúde e

durante os atendimentos domiciliares. Foram realizadas quatro sessões de grupos focais, duas em cada unidade de saúde. As observações foram registradas em diário de campo e destacadas as impressões dos pesquisadores no cotidiano de atendimento e trabalho da ESF.

A coleta de dados foi realizada no período de abril de 2011 a janeiro de 2012. A análise temática seguiu os passos da ordenação e classificação dos dados; e, a análise final dos resultados. As sínteses categoriais são apresentadas com ilustrações das falas significativas, e, discutidas a partir das observações vivenciadas bem como pela literatura pertinente às evidências descritas.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o parecer nº 10724452-7. Os participantes do estudo tiveram acesso prévio ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que assinaram ao participar da pesquisa, atendendo aos princípios éticos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.⁸

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O contexto territorial da pesquisa caracteriza-se por situações comunitárias diferenciadas entre a população e seus perfis socioeconômicos, destacando a desigualdade social evidenciada por uma maioria de pessoas em condições de vida precárias. A atuação da equipe da ESF pauta a oferta de serviços e atenção para as demandas de atendimento com ênfase nas vulnerabilidades e riscos aos agravos.

Os participantes usuários são caracterizados por pessoas atendidas na ESF, em diferentes tipos de atendimento (consultas, atendimento domiciliar e sessões educativas). As demandas dos participantes envolvem as ações programáticas ofertadas pela equipe de trabalhadores, com intensa desproporcionalidade entre as necessidades enunciadas e as práticas executadas pelo serviço de saúde. Os trabalhadores de saúde mantêm suas atividades em conformidade com seus vínculos empregatícios e obrigações laborais quanto à carga horária, logística e incentivo à promoção da saúde nos diferentes programas de saúde pública.

No Brasil, a ESF é voltada às ações programáticas, atividades domiciliares e articulação com a comunidade. Dentre as ações programáticas estão puericultura, pré-natal, planejamento familiar, prevenção do câncer de colo uterino, promoção de aleitamento materno, erradicação da hanseníase e controle da tuberculose. Baseado nessas ações programáticas, o atendimento na atenção básica é partilhado entre grupos prioritários, sendo estes compostos por mulheres, crianças, idosos, pessoas acometidas por doenças crônicas e doenças infectocontagiosas.⁹

Organização do atendimento

A atenção às populações com agravos específicos reforça o esquadramento da prática clínica na ESF. É como se cada bloco ou grupo de pessoas fosse comum ao padrão de vida e saúde determinado pela ocorrência do agravo mórbido. As áreas prioritárias que demarcam

historicamente o gerenciamento das ações no território permanecem programando atendimento com foco nas demandas emergentes.

Em decorrência do processo histórico de implantação da rede básica, a ênfase dada aos riscos e vulnerabilidades se tematizam no cotidiano da própria organização do atendimento ao longo das atividades:

Aqui é assim: o cronograma de atendimento é construído a partir do que a gente mais atende. De manhã aparece muita gente fora dos grupos, doenças da época: viroses, dengue, gripe, febre. Mas a gente tenta montar os dias de atendimento dos grupos. A gente atende os hipertensos, tem o dia deles, os diabéticos e por aí vai (Enfermeira 01).

Todo mês eu sei o meu dia. Então já sei o dia de ir ao posto ser atendido (Usuário 32).

Em contrapartida, é possível articular inovações no arranjo assistencial para que se priorize o equilíbrio entre a demanda espontânea e a atenção integral à saúde com vistas à prevenção de agravos e promoção da saúde.¹⁰

No plano da clínica, o estímulo da política aos serviços e programas prioritários favorece o olhar de alerta sobre as demandas da população, no entanto, as regências epidemiológicas destas ocorrências devem reconhecer as peculiaridades de cada comunidade, cidadão e seus modos de vida.⁹

Faz-se necessária uma adequação da assistência à saúde ao contexto

social no qual as famílias se inserem. Afinal, o escopo da APS é promover condições saudáveis de vida à população. Para tanto, é imprescindível produzir e aplicar conhecimentos com base no que se observa na realidade comunitária, possibilitando práticas de reconhecimento das subjetividades e saberes comunitários na produção de saúde cotidiana.^{4,10}

Intervenções em Saúde da Família

Os sentidos da atenção clínica nas práticas assistenciais da ESF enfatizam o controle de doenças e agravos comuns ao território e à convivência comunitária. Os determinantes e condicionantes de vida da população têm direta relação com os acontecimentos mórbidos prevalentes e/ou incidentes no processo saúde-doença.

Pautando-se na racionalidade preventiva da doença, as ações na APS recorrem à promoção da saúde, proteção específica, controle e ocorrência dos agravos. Pelos discursos dos trabalhadores de saúde das equipes, o olhar da ESF ao território coincide com tais intervenções:

A ESF dá conta de todo o acompanhamento prioritário recomendado pelo Ministério da Saúde. A saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso. Sim, e ainda tem a saúde do adolescente. Em tudo a gente tem as metas para cumprir. No pré-natal, no planejamento familiar, na puericultura. Todos os hipertensos e diabéticos,

hanseníase e tuberculose, a dengue e as principais ocorrências transmissíveis. A gente tem que dar cobertura (Enfermeira 02).

O foco da unidade de saúde da família é a prevenção das doenças e o controle da saúde da população. É isso que a gente precisa priorizar aqui na equipe (Médico 03).

O processo de trabalho das equipes da ESF converge para uma produção direcionada à formulação de indicadores e ativa disposição de procedimentos e intervenções terapêuticas. A dimensão cuidadora das ações operadas pela rede básica de saúde precisa levar em conta a integralidade assistencial e o equilíbrio do processo saúde-doença na logística operacional da atenção à saúde.^{5,7}

Nessa lógica interventiva, a dimensão intersubjetiva fica parcialmente prejudicada pela objetivação das ações. A atuação da ESF se volta para a remissão de fatores ou vetores que podem propiciar o desenvolvimento de doenças; para a cura em si de ocorrências fisiopatológicas; e, ainda, para o acompanhamento semipassivo das doenças crônicas da população adscrita. No que se observa, a prática assistencial promove um controle e, ao mesmo tempo, é regida por tais atividades como indicador de eficiência produtiva:

A equipe registra o acompanhamento de tudo que faz. Da vacina aplicada à consulta do médico. Todos os procedimentos são registrados e

consolidados para enviar à Regional (órgão da gestão municipal). E aqui nós temos um bom respaldo porque cumprimos tudo aquilo que precisamos cumprir no mês. A gente se esforça em conjunto, mas não deixa a meta baixar (Enfermeira 01).

Não tem como a gente enganar ou fazer corpo mole. Todas as nossas visitas e anotações são repassadas no posto de saúde. E o controle das vacinas, dos pesos das crianças e das gestantes, a gente passa tudo. É tudo bem controlado (ACS 08).

Nós temos tudo registrado aqui. É muito atendimento. Quem vê assim tanta gente pensa que a gente não controla nem acompanha. Mas a gente faz o relatório de tudo o que é feito ou distribuído (Assistente Administrativo 01).

O controle das doenças e sua prevenção são medidas importantes para manutenção da vida. Os indícios socioepidemiológicos e a determinação social da saúde-doença esquadriham o escopo de intervenção planejada no território. A própria sensibilidade resolutiva da clínica perante agravos incidentes é passível de prevalentes iniciativas da APS.⁵

No entanto, a formulação de consolidados, indicadores ou mecanismos de registro e informação devem atrelar-se aos formatos avaliativos de múltipla direção, ou seja, favorecendo a implementação ativa de inovação no acompanhamento integral das famílias.

Práticas clínicas no cotidiano

Como dispositivos para orientar a prática clínica nos programas prioritários da ESF, os protocolos assistenciais voltados para as doenças crônicas enfatizam a interação com práticas complementares que ampliem a capacidade de lidar com suas limitações e condições de saúde. O direcionamento assistencial deve adequar-se à vida social e deve haver a comunhão entre o tratamento recomendado e a melhor adaptação interpessoal do usuário; entre saberes, fazeres e cuidado em saúde.¹¹

Como observado no cotidiano da ESF, a atenção clínica aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e *Diabetes mellitus* (DM), entre outros agravos é ativa no ambiente assistencial. Os trabalhadores de saúde emitem a importância desse tipo de acompanhamento pela equipe junto aos usuários. O fluxo contínuo de pessoas que são acometidas com esses desequilíbrios coincide com a prevalência epidemiológica do território.

Entre os usuários, converge o repasse de orientação sobre o tratamento medicamentoso e sua ordenada manutenção da vida como pauta nas consultas individuais, visitas domiciliares e atividades socioeducativas:

Ah, eles (citando a equipe da ESF) orientam demais. Até o doutor naquela agonia (pouco tempo) sempre puxa minha orelha. Olhe, a senhora cuide desse colesterol para ele diminuir (risos). A gente sabe o que tem que fazer (mais risos). A minha mãe é acamada. E

em toda visita, tanto o menino aí (citando o ACS) como o pessoal da equipe do posto, sempre diz o que tem para fazer (Usuário 16).

Toda vez que vou pegar meu remédio da pressão, a doutora (citando a Enfermeira) conversa com a gente antes de atender. Lá fora, a gente tira as dúvidas. É muito bom (Usuário 08).

O plano assistencial protocolar para o controle e acompanhamento da HAS e do DM pauta o monitoramento como meta e objetivo das equipes da ESF. A consulta individual deve ocorrer com frequência e assiduidade por parte da equipe de saúde e usuários, respectivamente, quando deverão ser efetivadas checagens do bem-estar, alterações orgânico-fisiológicas e situações adversas que possam ter ocorrido no plano terapêutico.¹²

Em divergência, as observações vivenciadas no cotidiano evidenciam, em síntese, a ausência da classificação protocolar contínua e regular como horizonte de resolutividade. Somente no diagnóstico médico ou no cadastro do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - HiperDIA - é feito um nivelamento do comprometimento clínico situacional do usuário. A partir daí o acompanhamento se reconduz para dispensação medicamentosa, solicitação de exames e complementos terapêuticos esporádicos:

Eu venho pra pegar o remédio. Quando tem. Apesar de que faz tempo que não falta. Mas assim, o nosso atendimento não pode se limitar à medicação. A gente só recebe o remédio, mesmo.

Precisava ter mais condições (Usuário 05).

Exame? Está com um bom tempo que não faço. Porque falta fita, o do olho faz é tempo que o doutor pediu e eu não tenho como fazer porque nunca tem vaga (Usuário 26).

Nos consensos assistenciais pactuados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a classificação diagnóstica é passo inicial, mas não findo do projeto terapêutico. Indica-se ainda a implementação de práticas de saúde voltadas para os hábitos alimentares e atividades físicas.¹³ Nos agravos cardiovasculares, a remissão ou redução dos riscos associados ao adoecimento podem indicar uma melhora na condição de vida dos usuários. A promoção da saúde em situações crônicas e não-transmissíveis em sua plenitude ainda é uma prática distante.¹⁴

A atenção integral ao usuário com HAS ou DM envolve um espectro ampliado de análises clínicas sob o processo mórbido vivenciado.²⁰ São comprometimentos sistêmicos que precisam de acompanhamento direto na prática clínica: exames laboratoriais de rotina, procedimentos especializados para diagnóstico preventivo nos sistemas vascular, óptico, neurológico, renal e cardíaco.¹⁵⁻¹⁶

Os participantes evidenciam as práticas e enfrentamentos no acompanhamento dos grupos prioritários:

Quando tem algo mais complicado, a pressão aumentou

ou algum exame deu alterado, a gente encaminha logo para o médico e ele avalia. Afinal é a parte profissional dele. E assim, ele vê se mantém a medicação ou não (Enfermeira 01).

Eu acompanho meus hipertensos e diabéticos, peço exames e vou fazendo a avaliação se ele tá melhorando ou não. O problema é a alimentação que não ajuda. E aí a gente acaba compensando com a medicação (Médico 01).

Não vou dizer que sigo direitinho porque aqui a gente come o que tem. Às vezes, nem tem tanto. É quando fica mais difícil (Usuário 07).

A condição de vida do usuário complementa a evidência das condutas limitadas ao contexto social, onde se percebe a dificuldade em atender recomendações alimentares devido à “dieta do possível”. Porém, transversaliza-se uma prevalente dificuldade em ter acesso à alimentação saudável, tanto por questões de renda, como também pela dificuldade cultural em se alimentar adequadamente.¹⁵⁻¹⁷

As doenças transmissíveis relevantes no cotidiano assistencial do território são a Dengue, Hanseníase e a Tuberculose. Os atendimentos voltados para os usuários com estes agravos tomam sentidos diferentes pela natureza de cada uma. As atividades de promoção da saúde enfatizam a primeira delas, e as de controle e reabilitação são mais presentes nas duas últimas citadas.

A gente faz busca ativa dos casos de hanseníase e tuberculose. Essa busca ativa é a procura na comunidade para convidar os pacientes para dar continuidade ao tratamento (ACS 03).

A maior dificuldade são os pacientes que começam e não terminam o tratamento. Mudam de área e não avisam. Mas os Agente Comunitários de Saúde ajudam a encontrar e repassar as informações (Enfermeira 01).

Aqui em casa todo mundo já fez a consulta para saber se tinha minha doença também e Graças a Deus ninguém tem (Usuário 23 - em tratamento de hanseníase).

Em conformidade com o protocolo assistencial preconizado na ESF, o acompanhamento dos usuários com hanseníase e tuberculose tem na busca ativa realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) o principal enfoque preventivo. A ida ao território e a procura do usuário em busca de informações sobre o tratamento mantido ou não, e, a presença de comunicantes a examinar são a estratégia preventiva que complementa o atendimento individual.¹⁷

Na convivência com os usuários ficou explícita a facilidade em comunicar seus problemas de saúde.

A dengue é um agravo agudo que acompanha um quadro sintomatológico restritivo em relação à circulação, condições gerais de mobilidade e fisiologia gastrointestinal. Tal situação impede a ida ao trabalho, à escola e às

atividades comuns do cotidiano dos usuários:

O pior é a dengue. A gente fica morto. Passei duas semanas sem ir trabalhar no mercado. E me curei quase sozinho (Usuário 15).

A grande demanda é de pessoas com dengue. É uma epidemia. A equipe toda se alerta. É gente todo dia, toda hora no posto. Fora aqueles que ficam em casa (Enfermeira 01).

A gente explica tudo. Como se trata, como evitar, o que o mosquito é capaz de fazer. Todos os sintomas da doença. Diz bem direitinho o que fazer (ACS 06).

Na hora da dor, todo mundo quer ser atendido, mas evitam a gente quando tem visita para orientar sobre a água parada e a contaminação (ACS 04).

Indica-se pela literatura que o autoconhecimento sobre o processo de adoecimento é promotor de autocuidado e prevenção. O polo pedagógico da ação contra a dengue deve ampliar sua permeabilidade territorial, pois a população ainda exige pronto-atendimento, mas deixa a desejar no aspecto sanitário e ambiental.¹⁸

No tocante à assistência pré-natal no cenário da ESF, as ações voltadas vão do momento da suspeita gestacional à visita puerperal. A equipe de saúde incentiva boas práticas maternas, familiares e sociais. A operacionalidade dessa área de atuação enfoca a qualidade e o

acompanhamento contínuo da gestante em seu ciclo vital:

A equipe de saúde acompanha de perto. A nossa equipe é muito atenciosa quanto ao pré-natal. A gente tenta descobrir logo no início da gravidez para fazer todo o atendimento como preconiza o Ministério da Saúde (Enfermeira 01).

Todo mundo vai logo para o posto pedir o teste. As gestantes já sabem. Quando ficam grávidas, procuram logo a gente (ACS 03).

A atenção à saúde da mulher e ao ciclo gravídico-puerperal enfoca as ações voltadas para o incentivo das práticas saudáveis junto às gestantes, parturientes e puérperas. Por parte da equipe da ESF, a atenção é voltada para o acompanhamento e controle das ocorrências prejudiciais ao desenvolvimento fetal e da gestante em si. As medidas de proteção específica como a imunização profilática e a promoção da saúde são estimuladas em todos os encontros da mesma com o profissional de saúde. A vigilância ainda ocorre sob as condições maternas de alimentação, equilíbrio fisiológico e hormonal, bem como ao processo de formação fetal.¹⁹

A clínica operada na ESF junto às gestantes dispõe uma responsabilização afetiva que gera produção de afetividade e satisfação, no que deixa explícita a narrativa de uma gestante:

Aqui eu me sinto cuidada de verdade, eles olham tudo, perguntam tudo, eu estou muito

satisfeita em fazer meu pré-natal aqui (Usuária 05).

Em sentido complementar, as ações de saúde no âmbito da atenção materno-infantil enfatizam a atividade da puericultura como dispositivo assistencial para acompanhamento e controle das condições de vida da criança no território. O foco principal deste tipo de atendimento é a vigilância para com os condicionantes e determinantes de saúde-doença do grupo etário infantil.²⁰

Os protocolos clínicos intensificam a redução da mortalidade materno-infantil como atividade estratégica da atenção à saúde. O desenvolvimento pleno da criança já se inicia com a mãe e a saúde da gestação, parto e puerpério. As condições de saúde da criança tomam o crescimento fetal, a imunidade e a resolução de agravos recorrentes como espaço assistencial prioritário. A equipe da ESF preconiza momentos assistenciais para manter o nível saudável desta população:

As crianças até dois anos são pesadas mensalmente. A gente tem uma balança. Quando não tem a gente se reveza com o colega. Mas temos que registrar o peso no nosso mapa e no cartão da criança que fica com a mãe. Checamos tudo, vacina, peso, se teve alguma doença (ACS 07).

A puericultura é um acompanhamento que ajuda muito na prevenção das doenças, como eu digo, não precisa estar doente, pelo contrário, é acompanhando o crescimento e desenvolvimento das crianças

sadias que a gente evita que elas adoçam com facilidade (Enfermeira 02).

Complementa-se que as atividades assistenciais da ESF levam em consideração às intercorrências clínicas na cobertura terapêutica. A demanda infantil é um enfrentamento cotidiano para manter esta e outras condições de saúde da população no território.

[...] aqui a gente não deixa voltar criança que está adoentada (Enfermeira 02).

Os programas de erradicação da pobreza do governo federal priorizam o acompanhamento dos indicadores da população beneficiada. As ações de consulta regular até dois anos, o atendimento às recorrências e também a avaliação da criança demonstram a relação entre os déficits de saúde-doença da população, a vigilância clínico-preventiva e o recebimento das bolsas.²⁰

Os seguimentos da política de saúde que se determinam pela equidade das condições de saúde respaldam linearmente os blocos assistenciais da ESF. Sob o foco epidemiológico e até mesmo anatomopatológico, a condição de vida do usuário somente é vislumbrada no plano da não-doença ou no controle restrito de alguns agravos prevalentes.

[...] fica difícil fazer o que a política diz fazer promoção, se a gente tem que dar conta de tanta gente doente (Médico 02).

Na consolidação da APS, as atividades de promoção de saúde, educação em saúde e prevenção de

agravos coincidem com demandas crescentes e também relevantes que requerem atendimento específico e prioritariamente ambulatorial.¹⁵ Converge em todas as áreas de atuação da ESF, a priorização da cronicidade ou da deficiência no processo saúde-doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O escopo da pesquisa tem o cotidiano da ESF e a operacionalização da APS como sentido para conhecer as relações da equipe e usuários em sua contextualidade. Limita-se pela dinâmica temporal e geográfica do território, mas intensifica o nível intersubjetivo entre pesquisados e pesquisadores pela intenção comum de ambos em solucionar os problemas com os grupos prioritários na discussão de ações estratégicas para prevenção de doenças, promoção da saúde e resolutividade assistencial.

Em todo o processo de operação da clínica no cotidiano da ESF, o que converge em prevalência das ações prioritárias é o diagnóstico situacional do território. As demandas da população adscrita, as condições de saúde dos grupos etários e a vulnerabilidade social e sanitária dos usuários são apontadas nos relatórios, avaliações e consolidados mantidos pela equipe de saúde.

Contudo, diversos são os obstáculos para desenvolver essas ações com o público específico. Dadas as condições, nem sempre é possível aplicar as orientações fornecidas aos usuários, tais como alimentação ideal para prevenção de morbidades ou realização de atividade física, por exemplo. O que se observa é o

predomínio de atividades assistenciais/curativas em detrimento daquelas educativas/preventivas.

A cultura assistencial curativa procedimento-centrada convive entre usuários e profissionais. Observa-se que o usuário reconhece a importância da educação em saúde, mas geralmente evita participar de atividades educativas, procurando o serviço quando as morbidades já estão instaladas, em busca de cura. Concomitantemente, as equipes programam suas ações cotidianas prioritariamente no enfrentamento direto de demandas assistenciais e/ou procedimentais.

Com vistas ao alcance de metas determinadas pelos gestores em saúde, supervalorizam-se consolidados e indicadores. Os profissionais de saúde devem criar estratégias para prevenção dos agravos prioritários, promoção e incentivo à saúde da comunidade e discussão do processo de trabalho para transpor a dimensão curativa e apenas de controle sanitário. Reconhecer o território e as pessoas em seus modos de vida aproxima sujeitos e proporciona um acompanhamento efetivo e integral das famílias.

REFERÊNCIAS

1. Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro FF, Teixeira ACA. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Cienc saude colet*. 2013 ago;18(8):2253-62.
2. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Cienc saude colet*. 2013 jan;18(1):221-32.
3. Carneiro TSG, Carneiro PS, Chaves LDP, Ferreira JBB, Pinto IC. O Pacto pela Saúde na prática cotidiana da Atenção Primária à Saúde. *Saude em debate*. 2014 set;38(102):429-39.
4. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saude soc*. 2014 jul/set;23(3):869-83.
5. Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev saude publica*. 2012 abr;46(2):359-66.
6. Souza MG, Mandu ENT, Elias AN. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Texto contexto enferm*. 2013 jul/set;22(3):772-9.
7. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saude em debate*. 2014 out;38(n.esp):13-33.
8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 2012.
9. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Cienc saude colet*. 2016 maio;21(5):1499-510.

10. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saude soc.* 2015 jan/mar;24(1):165-79.
11. Uchimura KY, Bosi MLM. Habilidades e competências entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. *Interface comun saude educ.* 2012 jan/mar;16(40):149-60.
12. Radigonda B, Souza RKT, Cordoni-Junior L. Avaliação da cobertura da Atenção Básica na detecção de adultos com diabetes e hipertensão. *Saude em debate.* 2015 abr/jun;39(105):423-31.
13. Ribeiro RM, Tribess S, Santos AS, Pinto LLT, Ribeiro MCL, Roza LB, et al. Barreiras no engajamento de idosos em serviços públicos de promoção de atividade física. *Cienc saude colet.* 2015 mar;20(3):739-49.
14. Máximo EAL, Souza HNF, Freitas MIF. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. *Cienc saude colet.* 2015 mar;20(3):679-88.
15. Venancio SI, Rosa TEC, Bersusa AAS. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. *Physis.* 2016 mar;26(1):113-35.
16. Malta DC, Andrade SSCA, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL, Silva Júnior JB, et al. Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol serv saude.* 2015 abr/jun;24(2):217-26.
17. Santos TMMG, Nogueira LT, Arcêncio RA. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no controle da tuberculose. *Acta paul enferm.* 2012;25(6):954-61.
18. Libanio KR, Favoreto CAO, Pinheiro R. Análise da integração da Vigilância Ambiental no controle da dengue com a Estratégia Saúde da Família: impacto nos saberes e práticas dos agentes comunitários de saúde. *Physis.* 2014 jan/mar;24(1):147-63.
19. Corrêa MD, Tsunechiro MA, Lima MOP, Bonadio IC. Avaliação da assistência pré-natal em unidade com estratégia saúde da família. *Rev esc enferm USP.* 2014;48(n.esp.):24-32.
20. Rasella D, Aquino R, Santos CAT, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet.* 2013 jul;382(9886):57-64.

Data da submissão: 2016-09-02

Aceito: 2016-11-20

Publicação: 2016-12-31