

Vivências na Estratégia Saúde da Família: demandas e vulnerabilidades no território

Experiences in the Family Health Strategy: demands and vulnerabilities in the territory
Vivencias en la Estrategia de Salud Familiar: demandas y vulnerabilidades en la comunidad

Antonio Germane Alves Pinto^I, Maria Salete Bessa Jorge^{II},
Mirna Neyara Alexandre de Sá Barreto Marinho^{III}, Emery Ciana Figueirêdo Vidal^I,
Priscila de Souza Aquino^{IV}, Eglídia Carla Figueirêdo Vidal^I

^I Universidade Regional do Cariri, Departamento de Enfermagem. Crato-CE, Brasil.

^{II} Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Fortaleza-CE, Brasil.

^{III} Governo do Estado do Ceará, Secretaria de Saúde, Centro de Hematologia e Hemoterapia. Crato-CE, Brasil.

^{IV} Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza-CE, Brasil.

Como citar este artigo:

Pinto AGA, Jorge MSB, Marinho MNASB, Vidal ECF, Aquino PS, Vidal ECF. Experiences in the Family Health Strategy: demands and vulnerabilities in the territory. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(5):920-7. [Thematic Edition "Good practices and fundamentals of Nursing work in the construction of a democratic society"]
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0033>

Submissão: 05-06-2016 Aprovação: 02-12-2016

RESUMO

Objetivo: Compreender as demandas cotidianas da Estratégia Saúde da Família na prática clínica da equipe e as vulnerabilidades sociais do território comunitário. **Método:** Pesquisa com abordagem qualitativa, numa perspectiva crítico-reflexiva, realizada com duas equipes da Estratégia Saúde da Família, no município de Fortaleza, Estado do Ceará, Brasil. Os participantes foram 22 usuários e 19 profissionais de saúde da rede básica de saúde. Os dados das entrevistas e observação foram analisados sob os pressupostos da hermenêutica crítica. **Resultados:** Evidenciam-se o desvelamento de sofrimentos e enfrentamentos cotidianos, a influência dos determinantes sociais na saúde e as demandas psicossociais, limites e possibilidades da prática clínica cotidiana. **Conclusão:** Considera-se que a atenção clínica deve reconhecer as percepções e condições de vida pela escuta e ações de promoção de saúde na comunidade. **Descritores:** Estratégia Saúde da Família; Vulnerabilidade Social; Determinantes Sociais da Saúde; Sistemas de Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: To understand the daily demands of Family Health Strategy in clinical practice of the team and social vulnerabilities of community territory. **Method:** Research with qualitative approach, in a critical-reflexive perspective, held with two teams of the Family Health Strategy, in the city of Fortaleza, State of Ceará, Brazil. The participants were 22 users and 19 health professionals from the basic health network. Data from the interviews and observation were analyzed under the assumptions of critical hermeneutics. **Results:** We highlight the unveiling of sufferings and daily clashes, the influence of social determinants on health and psychosocial demands, limits and possibilities of everyday clinical practice. **Conclusion:** The clinic attention must recognize the perceptions and living conditions by listening and promoting health in the community. **Descriptors:** Family Health Strategy; Social Vulnerability; Social Determinants of Health; Health Systems; Public Health.

RESUMEN

Objetivo: Conocer las demandas diarias de la Estrategia de Salud Familiar en la práctica clínica del personal y las vulnerabilidades sociales en la comunidad. **Método:** Estudio cualitativo, bajo la perspectiva crítica y reflexiva, realizado con dos personales de la Estrategia de Salud Familiar en la municipalidad de Fortaleza, Brasil. Los participantes fueron 22 usuarios y 19 profesionales de salud en la red básica de salud. Tanto los datos de las entrevistas como los de la observación se los evaluaron bajo la hermenéutica crítica. **Resultados:** Fueron manifestados sufrimientos y enfrentamientos diarios, así como la influencia de los

determinantes sociales en la salud y las demandas psicosociales, los límites y las posibilidades en la práctica clínica diaria. **Conclusión:** El cuidado clínico debe reconocer las percepciones y las condiciones de vida a través de la escucha y de acciones que promuevan la salud en la comunidad.

Descritores: Estrategia de Salud Familiar; Vulnerabilidad Social; Determinantes Sociales de Salud; Sistemas de Salud; Salud Pública.

AUTOR CORRESPONDENTE Eglídia Carla Figueirêdo Vidal E-mail: eglidiavidal@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma iniciativa coletiva na consolidação de um modelo público de serviços para as pessoas no território. Dessa maneira, programa modificações na atenção à saúde da população com um sentido ético e cidadão para todas as atividades realizadas. Continuamente, intenciona reverter um modelo de atenção à saúde pautado na cura para uma perspectiva preventiva e promotora de saúde, priorizando as demandas do território consonante com os desafios do sistema.

A primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorrida em Ottawa, no Canadá, em 1986, traz à tona a necessidade de alguns fatores fundamentais para a obtenção de saúde, imbricados nas questões sociais que refletem no modo de cidadãos e governantes pensarem sobre ela e ainda nos recursos disponíveis para o seu alcance. A conjuntura da promoção da saúde extrapola sua responsabilidade exclusiva do setor saúde para uma dimensão coletiva e social. É um processo que capacita as comunidades para uma participação mais ativa dos cidadãos com um maior controle sobre sua saúde e considera a identificação de suas aspirações de modo a satisfazer suas necessidades e ainda modificando favoravelmente o seu entorno social e ambiental⁽¹⁾.

Nesse direcionamento, a atenção primária em saúde no contexto brasileiro é determinada pela sociedade em seu modo de viver e se relaciona com o contexto social, integrando a construção das políticas de saúde, num espectro promocionista da vida humana, portanto, permeado pela vida social plena.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) compreende uma reorientação de práticas nesse contexto, que se estrutura desde a atuação de equipes multiprofissionais em um território determinado desenvolvendo ações a partir do conhecimento e vivências da realidade local bem como das necessidades da comunidade⁽²⁾.

Assim, torna-se prioritário reconhecer o território como um espaço social onde a sociedade se constrói e se reconstrói, no cerne de seu processo de trabalho e produção; dividindo-se em classes diferenciadas, com acessos também desiguais aos bens de consumo, incluídos os serviços de saúde⁽³⁾.

A atuação dos profissionais da ESF compreende uma gama de habilidades para a lida com as dinâmicas observadas e vivenciadas no território. São muitos dilemas experimentados e inúmeras vulnerabilidades que necessitam de compreensão, monitoramento e articulação com outros setores para o alcance da promoção da saúde.

Ampliando esse pensamento, o território é considerado um espaço geográfico com vastas características, as quais permeiam aspectos sociais, políticos, demográficos, geográficos e epidemiológicos, em construção viva e permanente, de modo que os diversos atores envolvidos nesse cenário se deparam com

necessidades de saúde para as quais a oferta de serviços é de certa forma, insuficiente, pois as demandas existentes ultrapassam os limites do setor, o que implica um trabalho envolvendo ações conjuntas e integradas intersetorialmente⁽⁴⁾.

O cuidado na atenção básica aborda situações de doenças, vulnerabilidades e riscos; enseja nos profissionais o desempenho de um cuidado com base na autonomia dos usuários, compreendendo sua inserção em um contexto social e cultural. Pensar a partir dessa ótica requer um olhar diferenciado para o cuidado em saúde, entendido como trabalho vivo, dentro do qual se analisam as diferentes e complexas demandas existentes no território e, ainda, aceita-se a unidade de saúde como um espaço de escuta e intervenção, priorizando o atendimento das necessidades de saúde⁽⁵⁾.

A partir dessas questões e reflexões, objetivou-se, nesta pesquisa, compreender as demandas cotidianas da Estratégia Saúde da Família (ESF) na prática clínica da equipe e as vulnerabilidades sociais do território comunitário urbano.

MÉTODO

Aspectos éticos

A pesquisa cumpriu os dispositivos e orientações no que se refere à realização de estudos com os seres humanos, consonante aos princípios da bioética do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Tipo de estudo

Pesquisa com abordagem qualitativa, numa perspectiva crítico-reflexiva. A compreensão da realidade emerge da análise crítica dos processos, estruturas, percepções, produtos e resultados ao articular a visão dos atores sociais com a possibilidade de transformação de seus contextos⁽⁶⁾.

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo

A pesquisa teve como cenário o município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará e foi realizada com duas equipes atuantes nas Secretarias Executivas Regionais (SER) IV e V. Tal escolha se justifica pela pactuação institucional da Universidade Estadual do Ceará (UECE) com o Sistema Municipal Saúde-Escola da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza em desenvolver estudos, pesquisas e parcerias de educação permanente nas referidas áreas. A escolha das unidades foi delimitada pela gestão local dos distritos sanitários, e a opção pela equipe ocorreu pela composição completa de seus membros. A seleção das unidades de saúde se deu por sorteio na coordenação regional de saúde do município.

Fonte de dados

Os participantes foram 22 usuários e 19 profissionais de saúde que atuavam no território da ESF, sendo três médicos, dois enfermeiros, três técnicos de enfermagem e 11 agentes comunitários de saúde. Os profissionais de saúde foram selecionados pela atuação no território e ações da equipe da ESF; e os usuários, aqueles que mantinham cadastramento ativo na unidade de saúde. Para esse enfoque temático, a composição final de 41 participantes foi respaldada na saturação teórica, a qual ocorre em pesquisas qualitativas quando na relação entre o pesquisador e o campo este perceber a ausência de elementos que balizem ou aprofundem a sua teorização, considerando o material já disponível⁽⁷⁾.

Coleta e organização dos dados

A coleta de dados foi realizada no período de abril de 2011 a janeiro de 2012, sendo que, no seu decurso, utilizaram-se as técnicas da entrevista semiestruturada e a observação sistemática. Aproximou-se dos participantes com autorização formal e convivência no cotidiano assistencial. A questão condutora da entrevista pautou a relação entre a equipe da ESF e desta com os usuários, reciprocamente. Especificamente, pautaram-se indagações sobre demandas cotidianas, enfrentamentos comunitários e práticas de saúde. O roteiro de observação continha pontos relacionados às dificuldades e facilidades da ESF, e, em um diário de campo, foram registradas as observações e impressões dos pesquisadores. As entrevistas contaram com gravação eletrônica de áudio e tiveram duração média de 20 minutos. Ao observar sistematicamente, foi possível vivenciar as relações entre os participantes nas áreas de recepção das unidades, nas consultas individuais, nos grupos de educação em saúde e ainda na ocorrência das visitas domiciliares.

Análise dos dados

Os dados foram analisados sob os pressupostos da hermenêutica crítica⁽⁶⁾. Após a organização e classificação dos discursos — mediante as etapas de leitura exaustiva e flutuante do material coletado nas entrevistas e observações; leitura transversal dos corpos de comunicação estruturados a partir dos núcleos de sentido; e análise final; realizada de modo manual e argumentativo —, ocorreu a categorização temática, com surgimento de cinco categorias, quais sejam: Um sofrimento silenciado: “ausculta ou escuta?”; Adensamento populacional e a influência dos determinantes sociais para saúde da comunidade; Violência; Demandas psicossociais; e Clínica do cotidiano.

Na elaboração deste manuscrito, foram levados em consideração os critérios para relatórios de estudos qualitativos, presentes na lista de verificação COREQ - *Consolidated criteria for reporting qualitative research*⁽⁸⁾.

RESULTADOS

A seguir, são evidenciadas as categorias de acordo com os significados determinantes nas falas dos participantes e achados da observação sistemática, que possibilitaram uma análise *in loco* do cotidiano de usuários e profissionais. Os discursos estão identificados com o grupo representativo e de

gênero dos participantes, numerados apenas para diferenciação neste recorte empírico.

Um sofrimento silenciado: “ausculta ou escuta?”

No contexto da clínica da ESF, há uma busca constante por resultados concretos em seu processo operacional por parte dos profissionais, vislumbrando a possibilidade de minimizar ou extinguir alguns males que permeiam a vida de usuários e famílias. Nas consultas, de modo geral, ocorre a anamnese, caracterizada pela entrevista e exame físico, em que se procura por um achado diagnóstico, um enredo conclusivo de situações problemáticas.

Os relatos a seguir destacam as percepções dos usuários acerca da problemática de uma escuta não qualificada na ESF, que acabaria por afetar a assistência à saúde:

Meu caso é muito complicado. Se eu não cuidar, eu vou morrer. Porque nesse mundo, é cada um por si. A dificuldade de que a gente encontra nesse SUS é a falta de atenção. A pessoa lhe atende e não olha nem você direito. Meu problema é grave! (Usuário 1)

É gente demais, não dá tempo nem do doutor olhar pra gente. (Usuário 2)

O processo de comunicação, escuta, observação e interação foram considerados fundamentais para o processo de trabalho na ESF, com orientação para a compreensão dos problemas locais. Um dos médicos integrantes do estudo destacou essa temática:

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 o olhar como um todo. Somente assim fica possível encontrar soluções adequadas. (Médico 1)

Tem coisas que o estetoscópio não ausculta. (Médico 2)

A lida cotidiana da clínica nas áreas urbanas adquire sensibilidade para uma maior compreensão das situações sociocomunitárias. No entanto, sabe-se que os entraves enfrentados por esses profissionais no labor de sua atuação ainda são inúmeros e desafiadores.

Adensamento populacional e a influência dos determinantes sociais para saúde da comunidade.

Fortaleza, lócus do presente estudo, sendo o quinto município mais populoso do Brasil, apresenta problemas de ordem complexa, que desafiam as políticas existentes e a estrutura dos serviços. A capital é totalmente urbanizada, de forma que seu rápido crescimento populacional e expansão espacial acontecem sem considerar o sistema ambiental sobre o qual se estrutura, gerando, conseqüentemente, diversos agravos de ordem social e ambiental.

Profissionais e usuários compreendem essa dinâmica, conforme apontam as falas:

Quando eu cheguei aqui era só mato. Olha o tanto de casa agora. E cada dia chegando mais. E se fosse só isso. Vem gente de todo canto. É gente que a gente nem sabe quem é. Só Deus sabe [Expressão de desconfiança]. (Usuário 3)

Às vezes não dá nem pra saber o que o povo tem. A gente até sabe, mas temos nossos limites em dar conta de tudo. É muita miséria no meio do mundo. É a nossa realidade todo dia. (Médico 3)

Refletindo, portanto, o processo de trabalho da ESF a considerar os aspectos mencionados, a saúde da população e seus fatores determinantes estão atrelados ao contexto local.

Violência

No contexto investigado, as ações direcionadas à redução da criminalidade circundam a superficial demanda de controle das ocorrências por meio de viaturas, bloqueios de circulação e inspeção por busca de armas ou quaisquer objetos relacionado a atos infracionais. Durante o dia, são diversos pontos de aglomeração de adolescentes, jovens e adultos ingerindo bebida alcoólica ou oportunizando algum contato entre parceiros.

Entre os ditos nos discursos e os silêncios nas observações, se acrescenta a regência da circulação em áreas delimitadas para o “comércio” das drogas. Em visita domiciliar, o diálogo, a investigação e até mesmo o gravador da pesquisa tencionaram o ambiente doméstico por evitar o fluxo de compra e venda das substâncias ali possivelmente comercializadas:

[Quando] a gente vai nesse posto aí, sabe como é que faz? Um mutirão. As mulheres se reúnem no dia da consulta, aí vamos todas nós juntas de madrugada, porque se a gente for sozinha, corre o risco de morrer, de ser estuprada, de matar a gente, acontecer um acidente. Quando o marido tá em casa vai deixar a gente lá. É, é uma tristeza, o posto num fim de mundo daquele e a gente ainda correr esse risco. (Usuária 4)

Entrava numa casa após ter pedido licença ao chefe do local. De maneira cordial e até amigável fui autorizado a percorrer aquela área juntamente com o Agente Comunitário de Saúde. “Deixe tudo por aqui, não é bom levar nada de valor” disse logo na saída. É um lugar como qualquer outro. Apenas com uma lógica diferente de convivência e um risco potencial para ações criminosas. Para os que convivem na comunidade e mantêm o regime, nenhuma dificuldade é imposta. Apenas o silêncio. (Observação)

A área de realização da pesquisa coincide com a existência do Território da Paz, que é um programa do Governo Federal para execução de ações integradas no combate à violência e promoção da paz comunitária. Por manter uma grande extensão territorial, as atividades executadas ainda se mantêm centralizadas nos dispositivos de interação social instalados em bairros mais centrais dessa região. A complexidade do espaço vulnerável permite que microáreas mais afastadas fiquem excluídas de tais mecanismos de socialização.

O distrito sanitário, o bairro, a comunidade são atributos organizacionais que transpõem o simbolismo significado por

quem vivencia esta realidade, em que determinantes sociais respaldam a confluência da vulnerabilidade:

Você tá vendo onde a gente mora? Que lugar é esse? No papel, é muito bonito. Dizer que tem tantas pessoas. Que essa área é sua. Que você tem que resolver isso e aquilo. Mas venha pra cá. Venha ver a realidade. Venha pedir permissão para circular aqui. Falar é fácil. Viver é difícil. (Usuária 5)

Eu nem digo onde moro quando estou em outro canto. Tem gente que tem é medo quando eu falo que sou daqui. A gente não vive, se esconde. Mas não deveria ser assim. Aqui tem muita gente boa. Nem todo mundo é perigoso. (Usuário 6)

Isso posto, os espaços comunitários têm representativa influência na congregação de sentidos e significados na vida da população.

As imposições da criminalidade vão conformando o modo de viver diferenciado onde as pessoas se mantêm reféns em seus próprios domicílios e/ou comércio:

É como você tá vendo agora. A bodega [pequeno mercadinho] é toda gradeada. Isso é o medo de ser assaltado. É todo mundo com medo. (Usuário 7)

Eu sou do tempo da conversa na calçada. A gente não pode mais fazer isso. Só converso dentro de casa. (Usuário 8)

A igreja é o único lugar que a gente se encontra. Fora isso, a gente não vê mais nem as “caras” das pessoas. (Usuário 9)

Dormir é o melhor que você faz, porque não tem uma área de lazer para as crianças, não tem um posto de saúde, não tem saneamento básico, não tem nada, aqui não tem nada. (Usuário 5)

Demandas psicossociais

A equipe da ESF expressa que as demandas psicossociais são situações comuns entre aqueles que advêm ao serviço de saúde:

Mais da metade dos problemas clínicos que atendo vem acompanhado de uma situação de conflito mental. É como se tivesse um CAPS dentro no posto. Tudo tem a ver com o olhar da clínica, é preciso entender o paciente para descobrir a melhor conduta terapêutica para ele. (Médico 2)

Nós temos uma demanda muito grande de pessoas com transtornos, que tomam remédio controlado e que também tem pressão alta, dores recorrentes que a gente já sabe que é por conta das aflições da vida. (Enfermeira 1)

Tem gente que procura o posto como forma de alívio de tanta coisa que sofre. (ACS 1)

A capilaridade das ações primárias de saúde deve estar nas entranhas da vida comunitária. Os episódios de tensão social que geram a criminalidade, a mortalidade e até a descompensação no processo saúde-doença física e mental são situações consuetudinárias da vida do território e requisitam atenção e cuidado.

Clínica do cotidiano

O dano à saúde física associado às situações de adoecimento crônico com o uso excessivo e problemático de álcool e tabaco se manifesta expressivamente nas observações e narrativas da equipe e usuários:

Tem muita gente nesses botecos que bebe para passar o tempo. Não tem mais esperança de vida. Se matando aos poucos. (Usuário 10)

Em sentido concomitante, as ações voltadas para o acompanhamento e tratamento das pessoas com dependência química se inicia na atenção primária em saúde. As condições de desequilíbrio psicossocial têm relação direta com a adoção de medidas imediatas para o alívio de dores ou sofrimentos relacionais, psicoemotivos e transtornos comportamentais, ou seja, o uso abusivo de drogas. São relatos dos usuários:

Tem um pessoal aí que abre a tampa das fossas para esconder droga. Aí, ficam as fossas tudo aberta. Eles tiram os canos das casas. Eles abrem tudo, lá da ponte até a avenida. Encheram de poste, ficou bonito. Mas quem passa na avenida lá em cima pensa que tá tudo aberto e tranquilo. Mas na verdade, tá muito é perigoso, toda noite o que é de vagabundo lá dentro da ponte. Onde nós moramos é um perigo, o que é de ladrão e vagabundo tá tudo lá. E a bala comendo de esmola. (Usuário 11)

A remodelagem contínua dos formatos assistenciais passa pela consciência das limitações e possibilidades de cada membro da equipe. Converge a prevalente ocorrência de pessoas com transtornos ocasionados pela dependência química; no entanto, a solução deve ser compartilhada entre a equipe e os demais equipamentos da sociedade no território.

O senhor acha que eu não tento conversar com esses jovens para evitar as drogas? Olha aqui o tanto de livro, CD e DVD que eu tenho. Eu tento, mas ninguém sabe o que é sair de manhã e ser abordado por um dono de boca [local de venda de droga] dizendo que quer saber por que eu estou 'empatando' [dificultando] o comércio dele, não. (ACS2)

Fica claro a condição de morador da comunidade em vivenciar do mesmo risco de criminalidade, entre outras ocorrências contra a vida (sua e familiar).

DISCUSSÃO

O exame físico parte da subjetividade, baseando-se no histórico de saúde do indivíduo, facilitando a localização de órgãos afetados (ou não) por alguma patologia, com necessidade de uma relação interpessoal, com aspectos humanísticos, éticos e sociais⁽⁹⁾.

Na ESF, existe uma problemática que indubitavelmente prejudica essa escuta mais atenta: tempo, demanda acentuada e, por vezes, falta de sensibilidade para o trabalho desempenhado, resultando em uma conduta de escuta meramente prescritiva para queixas sociais⁽¹⁰⁾.

O ato da escuta para o usuário em um serviço de saúde representa a oportunidade de expressar suas queixas mesmo

que essas sejam desinteressantes para o processo diagnóstico ou tratamento hegemonicamente instituído. Pela escuta, aumenta-se a confiança no profissional, desencadeando uma comunicação oportuna ou insatisfazendo aqueles que se sentem distanciados nessa relação⁽¹¹⁾.

Assim, o processo de comunicação, a escuta, a observação e a interação são fundamentais, sendo ainda imprescindível a disponibilidade interna do trabalhador, orientada por um interesse concreto⁽¹²⁾.

As conversas em uma entrevista clínica almejam um significado, uma demonstração de interesse entre profissionais e usuários⁽¹³⁾. Os discursos por parte dos profissionais da saúde devem impedir conversas esvaziadas de sentido, motivadas pela repetição e/ou reprodução de práticas de produtividade assistencial, desconsiderando o contexto local, o sofrimento real e a esperança de vida das pessoas na comunidade.

Para tanto, ao que se pôde perceber, converge nesse espaço o silêncio. São momentos em que a expressão do vivido é bloqueada pela reflexão e a sensação singular dos enfrentamentos cotidianos, das superações pessoais e do esforço para sobreviver num espaço múltiplo, diferenciado e, quase sempre, excludente daquilo que poderia favorecer a vida.

Há o que possibilite essa convivência no limiar da necessidade, uma trajetória alternativa, uma fuga e até mesmo uma inércia para transformação da realidade. O território se torna vívido e ativo na confluência desses caminhos, e a sensibilidade clínica deve transpor a detecção e o monitoramento para avançar no compartilhamento de possibilidades, reais e adequadas à vida social dos sujeitos.

Quanto aos aspectos relacionados ao adensamento populacional, a transição geotemporal e sócio-histórica das comunidades vai acumulando peculiaridades do processo de movimentação populacional, com perspectivas diferenciadas a partir da condição de sociabilidade de cada indivíduo, família ou grupamento⁽¹⁴⁾. Assim, dispõem-se as tensões comuns dos cenários urbanos na contemporaneidade.

Nesse sentido, o crescimento/adensamento populacional acompanha a vulnerabilidade socioambiental, compreendidas como a sobreposição de problemas e riscos sociais e ambientais, que se concentram em determinadas áreas e ampliam as situações de pobreza e demais mazelas, existentes em muitas áreas periféricas e periurbanas, agravadas pela exposição aos riscos ou por algumas questões de degradação ambiental⁽¹⁵⁾.

A origem do problema se sobressai do crescimento populacional e se amplia na exposição danosa pelos riscos das transformações oriundas do desenvolvimento urbano num ambiente naturalmente frágil⁽¹⁶⁾. Assim, o fator demográfico apresenta um papel duplo, considerando a perspectiva de que o indivíduo é capaz de influenciar o ambiente e de receber influências deste.

Compreende-se, pois, como determinantes sociais em saúde (DDS) aqueles imbricados aos comportamentos individuais e às condições de vida e de trabalho em uma dinâmica macroestrutural que perpassa pelo econômico, social e cultural, sendo, portanto, os produtos resultantes da ação humana e possíveis de serem modificados e transformados por essa ação⁽¹⁷⁾.

A alta densidade demográfica nas regiões periféricas dos grandes centros urbanos tem relação direta com a atenção à

saúde. Os formatos assistenciais e até mesmo os mecanismos prioritários de inversão da lógica do cuidado e promoção da saúde no território, a exemplo da ESF, devem dispor de inovações no seu processo operacional para equacionar a relação de oferta-demanda-cuidado⁽¹⁸⁾.

O processo social converge acomodações na dimensão singular dos usuários que os levam a assumir medidas pessoais para viver na cidade grande. No entanto, é coerente distinguir a conexão entre estar sob pressão de situações de violências e ter uma condição social desfavorecida.

É fato que a condição de miséria isenta a caminhada direcionada para as práticas do tráfico de drogas ou para os eventos criminais. No entanto, a exclusão recorrente de oportunidades para a manutenção da vida proporciona uma abertura mais acessível ao adentramento em situações de vida voltadas para o crime e dependência química⁽¹⁹⁾.

Em 2009, as iniciativas interministeriais entre as esferas de governo implantaram os “Territórios da Paz”, e os locais escolhidos devem articular ações sociais (educação, ação social, cultura, arte e lazer), de recuperação urbanística e de justiça e segurança, objetivando eliminar áreas de vulnerabilidade social e de risco potencial de criminalidade⁽²⁰⁾.

Na área da saúde, as determinações sociais respaldam a confluência da vulnerabilidade, que exprime valores multidimensionais — biológicos, existenciais e sociais; apontam as divergentes causalidades para o cenário da vida comunitária, restringindo capacidades relacionais de afirmação no mundo, geradoras de fragilização⁽²¹⁾.

A identidade social se conforma pelo lugar de vida e existência relacional das pessoas. A remissão desses sentimentos de pertença efluem da ausência de circulação livre nas ruas, praças e lugares do bairro. O lazer fica refém da insegurança, e a pior tensão passa a ser o aprisionamento doméstico⁽²²⁾.

A operação da clínica na ESF precisa reconhecer essa dinâmica da vida urbana para entender as atitudes dos usuários frente aos seus mecanismos de cuidado, cura e promoção da saúde. Comunidade é mais simbólica, mais gerencial do que real. Se a pessoa mantém a convivência entre tensões contínuas e reduz seu limiar de interação social, é possível que desenvolva ao longo do tempo ocorrências indesejáveis para a saúde pessoal⁽²³⁾.

É a perda socioafetiva que mais instabiliza a vida comunitária. São situações de apreensão contínua ou de tensão momentânea que fazem as pessoas se sentirem desprotegidas e dissociadas da convivência entre vizinhos.

Os equipamentos de mobilização social procuram incentivar a interação entre as pessoas para promover a cultura de Paz na sociedade. As estratégias pacificadoras focalizam o bom convívio por intermédio do diálogo e da troca de experiências entre os membros da comunidade. O fundamento para as iniciativas de integração comunitária se pauta na solidariedade e no compartilhamento de soluções possíveis⁽²⁰⁾.

Os determinantes indicam uma vida alijada de seus suprimidos básicos e relações pautadas na subordinação pela violência, pelo poder ou desigualdade social. O crescimento das comunidades urbanas está associado à adição de intempéries que motivam o desenvolvimento irregular e iníquo.

As demandas do campo da saúde mental incidem na rede assistencial de modo transversal, a qual por vezes não dá conta de suas particularidades. São situações com gravidade leve ou moderada que geralmente estão associadas a agravos mórbidos prevalentes na população adulta e idosa. Os sintomas de depressão e ansiedade leve são as queixas mais comuns encontradas nas unidades básicas de saúde, revelando-se sobretudo entre as mulheres a doação de tratamento baseado no uso de ansiolítico⁽²³⁻²⁴⁾.

São nestas situações que a clínica se multiplica em várias vertentes. É impossível seguir uma trajetória unívoca para possibilitar saídas em conjunto com o usuário e suas demandas psicossociais. A manutenção de condutas medicamentosas para alívios superficiais apenas impregna ainda mais a remissão desses sujeitos para com a própria vida e seus enfrentamentos. Eis a inovação necessária: olhar para além do corpo e da mente, reconhecendo também um sujeito em seu trajeto social.

A finitude da vida humana é condição natural do fisiologismo corporal. No entanto, o acesso aos dispositivos assistenciais é parte da responsabilidade universal para com o Ser Humano e a escuta de seus problemas⁽²⁵⁾. No descaso e na própria limitação pessoal e singular para se buscar um horizonte que harmonize a vida com a saúde, se exterminam pessoas crianças, jovens, adultos, homens e mulheres pela colheita do adoecer e da dependência química.

As ações de educação em saúde e promoção da saúde são mantidas para que, ao longo do tempo, apresentem resultados positivos e acolhidos no comportamento da população⁽²⁶⁾. A política nacional de atenção básica enfatiza a educação participativa e a criatividade compartilhada para o aprendizado e tomada de precaução para diminuição de riscos e danos à vida⁽²⁷⁾.

Caminhos semelhantes poderiam dispor no cotidiano do território atividades voltadas para a conscientização ambiental, coleta de lixo, entre outras. Os agravos prevalentes na comunidade têm estreita relação com a vida e suas ações para com o meio ambiente. Os espaços comunitários apresentam nichos de contaminação por conta de práticas agressivas à natureza e ao ecossistema.

A comunidade se configura como cenário importante para as políticas públicas de enfrentamento das situações emergentes de uso indiscriminado do *crack* bem como para a prática clínica voltada aos desencadeamentos e abordagens no campo psicossocial⁽²⁸⁾.

No olhar do pesquisador, há o sentido atribuído para a ESF como responsável pela inserção das ações primárias na comunidade conjuntamente com os demais dispositivos intersetoriais. A complexidade dos problemas sociais contemporâneos exige a polivalência do “tudo ao mesmo tempo”, dentro da qual é preciso educar, controlar e acompanhar para dar condição à integralidade do cuidado e da vida.

Porém, há distinções entre todas as situações vivenciadas nesse cotidiano tenso e dinâmico. As orientações sobre alimentação saudável e a limitação ao uso de produtos hiperlipídicos ou acrescidos de sal (sódio) diferem das abordagens preventivas para o uso de maconha, pedra de *crack* ou cocaína. Entretanto, todas as atividades são necessárias e prevalecem no território comunitário.

Limitações do estudo

As limitações deste estudo devem ser ressaltadas, considerando a impossibilidade de generalizações acerca dos resultados, dada a delimitação regional da pesquisa e o específico território de análise. Contudo, as singularidades destacadas pelos diferentes atores sociais na realidade da Estratégia Saúde da Família revelam-nos um universo rico de possibilidades para compreender as demandas cotidianas da Estratégia Saúde da Família na prática clínica da equipe em torno das vulnerabilidades sociais que envolve esse território comunitário.

Contribuições para a área da saúde, enfermagem ou política pública

O estudo sinaliza contribuições para a área da saúde e para a enfermagem frente à necessidade de olhar para o território de cuidado na ESF, carecendo de dispositivos que exponham seu funcionamento, questionem sua lógica e constituam campo simbólico para ressignificar práticas no cotidiano do cuidar. Assim, possibilita-se a construção de novas práticas em saúde, na perspectiva da percepção de outras formas de fazer e cuidar, diante do desvelamento de sofrimentos e enfrentamentos cotidianos, onde a atenção clínica reconheça esses limites e condições de vida para romper com o modo instituído de intervir sobre o território de saúde, potencializando ações de promoção de saúde na comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No território vivo, é possível conhecer as limitações e superações da atenção clínica em saúde. O adoecimento crônico e psicossocial desvela diferentes necessidades da população. É preciso praticar uma clínica que se instrumentalize para o processo de cuidado e vida saudável reconhecendo a potência da intersubjetividade. O olhar sobre o corpo, a escuta do outro e as subjacentes condições de vida se transversalizam na prática assistencial e devem permear ações amplas de promoção de saúde na comunidade.

Nas relações comunitárias, emerge a dimensão social da vida dos usuários, a qual se constitui do modo de vida experienciado. É na construção dos vínculos sociais, no enfrentamento das adversidades ambientais e no reconhecimento das vulnerabilidades e riscos do contexto comunitário que a atenção clínica pode absorver e compartilhar elementos potenciais para a integralidade assistencial. O contexto urbano exige a incorporação de suas características, fluxos e movimentos na programação e execução equânime, integral e universal do SUS.

FOMENTO

A pesquisa contou com apoio financeiro da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

REFERÊNCIAS

1. Silva PFA, Baptista TWF. Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. *Saúde Debate* [Internet]. 2015[cited 2016 Jan 15];39(Supl):91-104. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00091.pdf>
2. Dias MAS, Parente JRF, Vasconcelos MIO, Dias FAC. [Intersectoriality and the Family Health Strategy: highly relevant or almost irrelevant?]. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2014[cited 2015 Jul 02];19(11):4371-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc19-11-4371.pdf> Portuguese.
3. Pagani R, Andrade LOM. [Preceptorship of territory, new practices and knowledge in the strategy of continuing education in Family Health Strategy: the case study of Sobral, Ceara, Brazil]. *Saúde Soc.* [Internet]. 2013[cited 2015 Jun 22];21(Supl.1):94-106. Available from: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/48772/0> Portuguese.
4. Ramos MJM, Bezerra MIC, Paiva GM. [Health, environment and quality of life: reflections of the Multiprofessional Residency experience in Family Healthy and Community of Fortaleza-CE]. *Cadernos ESP* [Internet]. 2013[cited 2015 May 22];7(2):53-65. Available from: <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/115> Portuguese.
5. Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB, Matumoto S, Fortuna CM. The performances of the nurse in family health – building competence for care. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013[cited 2015 May 24];22(4):961-70. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/en_12.pdf
6. Minayo MCS (Org.). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo(SP): Hucitec; 2014.
7. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. [Sampling in qualitative research: a proposal for procedures to detect theoretical saturation]. *Cad Saude Pública* [Internet]. 2014[cited 2015 Jun 22];27(2):389-94. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n2/20.pdf> Portuguese.
8. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care* [Internet] 2007 [cited 2016 Sep 30];19(6):349-57. Available from: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349>
9. Azevedo DMA, Azevedo IC, Holanda CSM, Santos QG, Vale LD, Cassiano AN. [From academy to reality: a reflection on the practice of physical examination in health of services]. *Saúde Transf Soc* [Internet]. 2013[cited 2015 Jul 13];4(4):106-10. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1550> Portuguese.
10. Tesser CD. *Medicalização social e atenção à saúde no SUS*. São Paulo(SP): Hucitec; 2010.
11. Bezerra IMP, Machado MFAS, Duarte AS, Costa EAP, Antão JYFL. [Communication in the Educational Process Developed by

- Nurses: Technology in Health Analysis]. *Saude Transf Soc* [Internet]. 2014[cited 2015 Jul 30];5(3):42-8. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/2448> Portuguese.
12. Alves GG, Aerts D. [Health education practices and Family Health Strategy]. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2011[cited 2015 Jun 25];16(1):319-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a34.pdf> Portuguese.
 13. Ilha S, Dias MV, Backes DS, Backes MTS. [Vínculo profissional-usuário em uma equipe da Estratégia Saúde da Família]. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2014[cited 2015 Jul 12];13(3):556-62. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19661> Portuguese.
 14. Kanno NP, Bellodi PL, Tess BH. [Family Health Strategy Professionals Facing Medical Social Needs: difficulties and coping strategies]. *Saúde Soc* [Internet]. 2012[cited 2015 Jul 02];21(4):884-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a08.pdf> Portuguese.
 15. Alves HPF, Alves CD, Pereira MN, Monteiro AMV. Dinâmicas de urbanização na hiperperiferia da metrópole de São Paulo: análise dos processos de expansão urbana e das situações de vulnerabilidade socioambiental em escala intraurbana. *Rev Bras Est Pop*[Internet]. 2010[cited 2015 Jun 03];27(1):141-59. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v27n1/09.pdf>
 16. Zanella ME, Dantas EWC, Olímpio JLS. [The natural and environmental vulnerability of the city of Fortaleza/CE]. *Bol Goiano Geogr*[Internet]. 2011[cited 2015 Jul 29];31(2):13-27. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3824141> Portuguese.
 17. Badziak RPF, Moura VEV. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. *Rev Saúde Pública*[Internet]. 2010[cited 2015 Jun 23];3(1):69-79. Available from: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/51/114>
 18. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. [Challenges for healthcare coordination: strategies for integrating levels of care in large cities]. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2010[cited 2015 Jul 21];26(2):286-298. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/08.pdf> Portuguese.
 19. Schneider DR, Lima DS. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. *Psicol*[Internet]. 2011[cited 2015 Jun 02];42(2):168-78. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistasico/article/viewFile/7153/6518>
 20. Rosa CN, Lara Júnior N. Outras formas de controle nas periferias do Brasil: a paz social. *Rev Psicol*[Internet]. 2014[cited 2015 Jan 19];5(2):21-38. Available from: <http://periodicos.ufc.br/index.php/psicologiaufc/article/view/1474/1372>
 21. Oviedo RAM, Czeresnia D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. *Interface* [Internet]. 2015[cited 2015 Jan 25];19(53):237-49. Available from: <http://interface.org.br/wp-content/uploads/2015/04/53.pdf>
 22. Backes DS, Backes MTS, Erdmann AL, Büscher A, Marchiori MT, Koerich MS. [The meaning of the performance of the Family Health Strategy team in a socially vulnerable community]. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2012[cited 2015 Jul 15];17(5):1151-57. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a09v17n5.pdf> Portuguese.
 23. Tanaka OU, Ribeiro EL. [Mental health in primary care: ways to reach an integral care]. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2009[cited 2015 Jun 13];14(2):477-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a16v14n2.pdf> Portuguese.
 24. Costa MG, Dimenstein M, Leite J. Estratégias de Cuidado e Suporte em Saúde Mental Entre Mulheres Assentadas. *Rev Colombiana Psicol*[Internet]. 2015[cited 2015 Jan 22];24(1):13-28. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v24n1/v24n1a02.pdf>
 25. Lisboa AV, Santos AL, Bassoli FA, Paiva ND, Fernandes TC. [Listening to families in domicile: the action of psychologists in homes attended by the Family Health Strategy]. *Psicol Cienc Prof*[Internet]. 2011[cited 2015 Jun 12];31(4):748-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n4/v31n4a07.pdf> Portuguese.
 26. Sampaio J, Santos RC, Paixão LA, Torres TS. [Promotion of sexual health: challenges in the Vale do São Francisco]. *Psicol Soc*[Internet]. 2010[cited 2015 Jul 16];22(3):499-506. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n3/v22n3a10.pdf> Portuguese.
 27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. 2012[cited 2015 Jun 11];1-114. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
 28. Andrade TM. [Reflections on Drug Policies in Brazil]. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2011[cited 2015 Jul 12];16(12):4665-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/15.pdf> Portuguese.
-