

## Gestión del cuidado y de la clínica en el atendimento a los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia

## Gestão do cuidado e da clínica no atendimento aos usuários da Estratégia Saúde da Família

## Clinical and Care management in the assistance of users of the Family Health Strategy

Recibido: 06/04/2018  
 Aprobado: 20/11/2018  
 Publicado: 29/01/2019

Antonio Germane Alves Pinto<sup>1</sup>  
 Maria Dayanne Luna Lucetti<sup>2</sup>  
 Kelly Fernanda Silva Santana<sup>3</sup>  
 Adriana de Moraes Bezerra<sup>4</sup>  
 Maria Corina do Amaral Viana<sup>5</sup>  
 Maria Salete Bessa Jorge<sup>6</sup>

El objetivo del estudio fue analizar la práctica clínica y la gestión del cuidado en el cotidiano de la Estrategia Salud de la Familia con énfasis en los límites, potencialidades y desafíos para la consolidación del Sistema Único de Salud. Se trata de un estudio de naturaleza cualitativa, realizado con 42 usuarios y 31 trabajadores de salud del municipio de Fortaleza, CE, Brasil. Los resultados demuestran que las acciones de salud en el territorio son regidas por la eficiencia productiva del equipo de salud. Emergieron como categorías, los límites y tensiones en el atendimento, las potencialidades cotidianas y los desafíos para la gestión del cuidado y de la clínica. Las limitaciones estructurales y operacionales para el cuidado en salud son superadas por las relaciones intersubjetivas entre el equipo y la comunidad. La gestión del cuidado se verticaliza en los procesos de trabajo y se demuestra frágil al alcance de condiciones de salud adecuadas. Se considera que la práctica clínica y el cuidado en salud se valen de las directrices político-institucionales del Sistema Único de Salud y el derecho a la salud aún es parcialmente garantizado en el cotidiano asistencial.

**Descriptor:** Guía de Práctica Clínica; Estrategia de Salud Familiar; Atención Primaria de Salud; Integralidad en salud; Sistema Único de Salud.

O objetivo do estudo foi analisar a prática clínica e a gestão do cuidado no cotidiano da Estratégia Saúde da Família com ênfase nos limites, potencialidades e desafios para a consolidação do Sistema Único de Saúde. Trata-se de estudo de natureza qualitativa, realizado com 42 usuários e 31 trabalhadores de saúde do Município de Fortaleza, Ceará. Os resultados evidenciam que as ações de saúde no território são regidas pela eficiência produtiva da equipe de saúde. Emergiram como categorias: os limites e tensões no atendimento, as potencialidades cotidianas, e os desafios para gestão do cuidado e da clínica. As limitações estruturais e operacionais para o cuidado em saúde são superadas pelas relações intersubjetivas entre a equipe e a comunidade. A gestão do cuidado se verticaliza nos processos de trabalho e se demonstra frágil no que diz respeito ao alcance de condições de saúde adequadas. Considera-se que a prática clínica e o cuidado em saúde tangenciam as diretrizes político-institucionais do Sistema Único de Saúde e o direito à saúde ainda é parcialmente garantido no cotidiano assistencial.

**Descriptor:** Guia de Práctica Clínica; Estratégia Saúde da Família; Atención Primária à Saúde; Integralidade em saúde; Sistema Único de Saúde.

The aim of this study was to analyze the clinical practice and management of care in the daily life of the Family Health Strategy with emphasis on limits, potentials, and challenges for the consolidation of the Unified Health System. It is a qualitative study, carried out with 42 users and 31 health workers of the Municipality of Fortaleza, CE, Brazil. The results show that the health actions in the territory are governed by the productive efficiency of the health care team. The following categories emerged: limits and tensions in the assistance, daily potential, and challenges for care and clinical management. The structural and operational limitations for health care are overcome by the inter-subjective relations between the team and community. The management of care is vertical in the work processes and demonstrates frailties in reaching an adequate health conditions. It is considered that the clinical practices and health care touch on the policies and institutional guidelines of the Unified Health System and the legal right to health is still partially guaranteed in daily care.

**Descriptor:** Practice Guideline; Family Health Strategy; Primary Health Care; Integrality in Health; Unified Health System.

1. Enfermero. Especialista en Salud de la Familia. Magister en Cuidados Clínicos en Salud. Doctor en Salud Colectiva. Docente de la Maestría Profesional en Salud de la Familia de la Red Nordeste de Formação em Saúde da Família. Profesor del Departamento de Enfermería de la Universidad Regional de Cariri (URCA), CE, Brasil. ORCID: 0000-0002-4897-1178 E-mail: germanepinto@hotmail.com

2. Enfermera. Especialista en Estrategia Salud de la Familia. Especialista en Educación en la Salud para Preceptores del SUS. Magister en Enfermería. Profesora del Departamento de Enfermería de la URCA, Cariri, CE, Brasil. ORCID: 0000-0002-8664-4901 E-mail: dayanne.cmae@gmail.com

3. Enfermera. Especialista en Enfermería del Trabajo. Magister en Enfermería. Profesora Suplente de la carrera de Enfermería de la URCA, Cariri, CE, Brasil. ORCID: 0000-0002-7254-1944 E-mail: kellyfernandassantana@hotmail.com

4. Enfermera. Especialista en Gerontología. Magister en Enfermería. Profesora del Departamento de Enfermería de la URCA, Cariri, CE, Brasil. ORCID: 0000-0003-0929-4685 E-mail: adriana1mb@hotmail.com

5. Enfermera. Doctora en Enfermería. Profesora del Departamento de Enfermería y de la Maestría Profesional en Salud de la Familia de la Red Nordeste de Formação em Saúde da Família (Nucleadora). Maestría Profesional en Salud del Niño y Adolescente. Maestría Académica en Enfermería, URCA, Cariri, CE, Brasil. ORCID: 0000-0002-6890-9400 E-mail: corina.viana@urca.br

6. Enfermera. Magister en Enfermería Psiquiátrica. Doctora en Enfermería. Pos-Doctora en Salud Colectiva. Profesora Titular del Programa de Pos-Graduación en Salud Colectiva, de la Universidad Estadual de Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. ORCID: 0000-0001-6461-3015 E-mail: masabejo@uece.br

**Fuente de Financiamiento:** Beca de Doctorado – Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FUNCAP.

## INTRODUCCIÓN

**P**ara efectivizar los principios de la universalidad, integralidad y equidad en el Sistema Único de Salud (SUS), se debe disponer de una red asistencial que priorice la Atención Primaria a la Salud (APS) y mantenga la resolutivez por la integración de los servicios entre sus niveles de complejidad. En este proceso, la Estrategia Salud de la Familia (ESF) se torna relevante por su perfil asistencial más sensible a las demandas y necesidades de salud de la población<sup>1</sup>.

La APS opera modificaciones asistenciales con impacto significativo en los indicadores de salud y asistencia<sup>2</sup>. Las políticas públicas de incentivo a la ampliación de la cobertura de la ESF en los municipios son mecanismos institucionales que establecen la ejecución de prácticas dirigidas a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades. No obstante, son los procesos de trabajo de los equipos, la integración de los flujos de atendimento y la plenitud participativa que están directamente relacionados con el reconocimiento de la ciudadanía y la salud de la población<sup>3</sup>.

En este sentido, para que la ESF legitime su carácter estratégico de inclusión de segmentos poblacionales a los servicios de salud, deberá respaldar este proceso de trabajo en la realidad cotidiana. La política de salud se implementa en la realidad de la atención a la salud por un conjunto de condiciones: disponibilidad de recursos financieros para el sector salud, asignación de recursos entre esferas de gobierno y, organización local de la red de servicios de salud para la garantía del acceso universal, integral y ecuaníme de los usuarios<sup>4</sup>.

En los grandes y medianos centros urbanos se tornan relevantes las tensiones en las puertas de entrada de los servicios de salud. Primordialmente, el entendimiento sobre la demanda presentada en las unidades de salud y sus causalidades indica la posibilidad de innovación de las prácticas de gestión pública, políticas sociales congruentes con las necesidades de la

población y, también, la disminución de las iniquidades prevalentes en el territorio.

Cotidianamente, urgen modificaciones en la forma que los profesionales de salud lidian con las personas que necesitan atendimento. La contribución maciza de la lógica asistencial prescriptiva parte de los propios profesionales de salud y de las requisiciones de los usuarios. Determinada por las condiciones tensas de atendimento, formatos clínicos pautados en la cura fragilizan el cuidado en situaciones agudas y/o crónicas de la enfermedad. La consistencia entre el cuidado y la clínica exige la búsqueda de prácticas de promoción de salud y empoderamiento de los usuarios.

En este contexto, este estudio tiene como objetivo analizar la práctica clínica y la gestión del cuidado en el cotidiano de la Estrategia Salud de la Familia con énfasis en los límites, potencialidades y desafíos para la consolidación del Sistema Único de Salud.

## MÉTODO

Estudio de naturaleza cualitativa con enfoque hermenéutico, pautado en la interpretación crítica y reflexiva del cotidiano<sup>5</sup>. La investigación fue realizada en el Municipio de Fortaleza, capital del Estado de Ceará, Noreste brasileiro. En 2013, la población cubierta por el SUS era de 5.733.859 habitantes de un total estimado de 8.530.155 habitantes en el Estado. La cobertura por la ESF en el ámbito estadual era de aproximadamente 67,22%, siendo que la capital mantenía solo 33,15%<sup>6</sup>.

Los participantes del estudio fueron 31 profesionales de salud de dos equipos de la ESF y 42 usuarios registrados y atendidos. La selección de los participantes ocurrió en la aproximación al campo de estudio, con selección previa de los equipos junto al núcleo gestor municipal. La composición de muestras se delimitó por la relación de los equipos con los usuarios y por la discusión ampliada y significativa sobre el objeto de este estudio.

Fueron utilizadas las técnicas de colecta de datos siguientes: entrevista semiestructurada, grupo focal y observación sistemática. La aplicación de los

instrumentos fue realizada en el periodo de abril de 2011 a enero de 2012.

Después de la autorización de la investigación, fueron realizadas entrevistas con guión de pauta sobre el tema del estudio. Los grupos de coordinación fueron realizados con la participación múltiple, por usuarios y por el equipo de la salud. Los grupos tuvieron participación entre seis a ocho participantes, con agendamiento previo y tiempo de duración de las sesiones en promedio de 45 minutos. La observación sistemática fue pautada en las cuestiones sobre resolutivez, acciones para promoción de la salud y funcionamiento de la unidad de salud.

El análisis de los datos fue pautado en el proceso comprensivo e interpretativo fundamentado por la hermenéutica crítica<sup>5</sup>. Fueron presentadas convergencias, divergencias, en complementariedades y diferencias ilustradas con discursos de los participantes, observaciones y, discutidas a la luz de la literatura pertinente. La división descriptiva por áreas de adscripción de los equipos fue suprimida para evitar el reconocimiento de los participantes.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación, Protocolo N° 10724452-7 según Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud<sup>7</sup>.

## RESULTADOS

Participaron 31 profesionales de salud de dos equipos de la ESF y 42 usuarios registrados por ellas atendidos.

En el proceso de interpretación fueron analizadas narrativas y observaciones que entrecruzan la situación de las directrices para consolidación del SUS y el modo de asistencia a la población por la ESF. Se disponen tres categorías temáticas emergentes del cotidiano, relacionadas a los: *Límites y tensiones del cotidiano, Posibilidades cotidianas y Desafíos para la gestión del cuidado y de la clínica.*

### Límites y tensiones en el atendimento

La operabilidad cotidiana de las acciones de la ESF en el territorio es movida por la eficiencia productiva del equipo de salud. Convergen prácticas de cuidado dirigidas al

atendimento ambulatorio de la demanda resultante:

*La máquina no para. Todos los días hay gente para atender. Y no es poca cosa. Es gente necesitando más gente. Si paramos mucho para conversar, habrá gente que no será atendida. Entonces, lo que importa en el día a día es lo que hacemos. Si es promoción, si es integralidad, queda para después. Lo que importa es atender bien. Y con calidad. (Médico)*

*Lo difícil aquí es conseguir una ficha para ser atendido. Llego temprano. Para ser atendido temprano. A veces, el médico atrasa. Pero él debe tener sus motivos. Pero cuando llega, atiende rápidamente. Hace lo que tiene que hacer. Eso es bueno. No tengo qué reclamar. (Usuario)*

Se complementa en el territorio, situaciones en que usuarios en proceso de enfermedad y en la búsqueda por la manutención de la salud enfrentan la insuficiente cobertura asistencial en relación a la extensa dimensión geográfica y demográfica del espacio urbano. Concomitantemente, condiciones de riesgo y vulnerabilidades prevalentes se agregan a la necesidad de atención a la salud universal y ecuánime, entre equipo de salud y usuarios:

*El puesto de salud está muy lejos. Yo estoy enfermo. Para ir caminando hasta allá, voy a enfermarme más. Mi hijo cuando está con el día libre me lleva en auto. Es muy lejos. Creo que ya estaba en la hora de haber un puesto más cerca de aquí, de nosotros. (Usuario, Anciano)*

*Es difícil hacer un atendimento bien efectivo, porque el área es muy grande y hay mucha gente. Es mucha gente y peor, el área también es grande. El pueblo encuentra una forma de sobrellevarlo y busca ayudas, compañía, viaje entre varios, pero, de cualquier forma es complicado venir al puesto por la distancia. (Agente Comunitaria de Salud)*

Se enfatiza que la APS en salud es responsable por la elucidación de la mayoría de los casos clínicos entre los usuarios de un territorio. Caso contrario, el actuar clínico en la superficialidad del atendimento fragiliza el cuidado y, a lo largo del tiempo, va remitiendo a la población a las condiciones de enfermedad, es decir, la asistencia se torna limitante para la resolutivez terapéutica:

*Es difícil mantener la salud. Para conseguir alguna mejoría hay que tener algún conocido. En el puesto hay mucha gente. Hoy en día, se no hubiese una persona que ayudase, sería difícil. (Usuario)*

*Mi caso es muy complicado. Si no lo cuido, me voy a morir. Porque en este mundo, cada uno cuida de uno mismo. La dificultad que encontramos en este SUS es la falta de atención. La persona te atiende y no te mira siquiera. ¡Mi problema es grave! [...] Hay mucha gente,*

no hay tiempo ni para que el doctor nos mire. (Usuarios)

En observaciones, se agregan dificultades del equipo de la ESF en posibilitar resolución de los problemas y situaciones de demora excesiva, baja comunicación en red y discontinuidad en el cuidado:

*Neurólogo, ortopedista, neuropediatra, otorrino, gastroenterólogo son derivaciones que difícilmente vamos a conseguir. Pequeñas y grandes cirugías también. Porque no hay vacantes en el sistema. No sé por qué el sistema es precario. Esta central de marcación de consulta creo que debería hacer una reforma urgentemente, porque pacientes van a morir si no cambia.* (Agente Comunitario de Salud)

*Es necesario trabajar en equipo, en red. Si derivó un paciente para otro servicio es porque no tengo condiciones de resolver aquella situación. El otro servicio necesita conocer nuestra realidad para entender por qué derivé y dar continuidad al tratamiento. Muchas veces, esto no sucede y el perjudicado con esta fragmentación es, principalmente, el paciente. El SUS aun no trabaja en red.* (Médico)

En situaciones de urgencia y complicación clínica, las narrativas de los usuarios en el grupo coordinador, así como, en los discursos de los trabajadores de salud se evidencia el camino del hospital como lugar de atendimento inmediato:

*[...] cuando sucede algo más serio, corremos al hospital. [...] Ninguno de los dos sirve. El hospital por lo menos funciona bien [...] Demora, pero sabemos que seremos atendidos. El puesto de salud es como un "escape". Vamos allá para ver si resulta. [...] Si tu hijo o una persona de tu familia tuviesen algún problema, ¿qué irías a hacer? Todo lo que fuese para ayudar sería bueno. Yo pago un auto para ir a ser atendido en el [hospital], pero no dejo a mi pariente morir de a poco.* (Usuarios)

*Ellos van mucho al hospital en los casos de urgencia y emergencia. Hay gente que lleva los niños con fiebre, ahora con Dengue, los adultos más graves. Y principalmente, las personas con presión alta.* (Agente Comunitaria de Salud)

*El hospital es muy importante para nuestro trabajo aquí en el puesto. Infelizmente, no existe una comunicación más fuerte entre la gente. Derivamos los casos más urgentes, pero no tenemos retorno continuo. Y, además, hay gente de la comunidad que va directamente a la emergencia sin siquiera pasar en el puesto.* (Médico)

### Potencialidades cotidianas

De modo divergente de las situaciones analizadas, las insuficiencias estructurales y operacionales para el cuidado en salud son superadas con iniciativas operadas por el equipo de la ESF. Se destaca la búsqueda por

la resolutivez asistencial potencializada por la interacción entre quién necesita y la acción que se hace para atenuar el dolor y/o sufrimiento de la población:

*El PSF, de la manera que está no consigue se puerta de entrada, por la demanda y por las condiciones de atendimento. La única cosa que tenemos de bueno en el trabajo es nuestra integración en equipo. Aquí todos intentamos ayudar los unos a los otros.* (Médico)

*Intentamos marcar exámenes que son más urgentes – dar otras soluciones – correr atrás para resolver.* (Enfermera)

*Yo hago lo que puedo, en la dificultad, pero mantengo la esterilización del material y busco una forma para no dejar al usuario sin atendimento.* (Dentista)

*Siempre que hay algo más complicado – hacemos una campaña de ayuda – así unos ayudan a los otros. Es así.* (Agentes Comunitarios de Salud)

Converge en las relaciones emprendidas por el equipo de ESF la operación de una práctica cuidadora más próxima de los sujetos. La ampliación relacional, el compartimiento de saberes en los abordajes y técnicas utilizadas, tornan el atendimento singularizado. Así, es posible la obtención de resultados positivos por la corresponsabilidad mutua:

*[...] cuando conseguimos ser atendidos, ellos dan mucha atención. El doctor de aquí del puesto ya llegó a ir hasta casa para saber si mis exámenes habían salido bien, si mi cirugía fue exitosa. [...] si no fuese por esos ángeles (ACS) nuestra salud estaría mal. Ellos hacen todo lo que pueden. Si no fuese por él (ACS), no habría conseguido nunca hacer mi tratamiento bien.* (Usuarios)

*Siempre que podemos, intentamos dar una atención mayor en los casos más graves, las embarazadas, los hipertensos más complicados, los niños menores. El número de marcación de consultas y exámenes es pequeño y tenemos que priorizar, cuando podemos.* (Enfermera)

*Las cosas sólo funcionan cuando los equipos dan todo de sí para hacer bien aquello que se necesita. Y también los pacientes cooperan y buscan cuidarse. Quien hace suceder las cosas son las personas que se comprometen en hacer las cosas bien.* (Médico)

Se complementa a la dinámica de trabajo en áreas de riesgo y vulnerabilidad, la ampliación subjetiva contextualizada por la situación social de los usuarios durante el trabajo de la ESF. Los protocolos terapéuticos, aunque sigan un guión por los programas prioritarios, son adaptados o subyaciados por las condiciones de vida de la población:

*Todos los meses comprobamos si ellos están siendo acompañados, si hicieron los exámenes y si están*

tomando bien los medicamentos. Está todo controlado por la gente del equipo. (Enfermera)

Se agrega que la falta de asistencia extrapola la atención a la salud y permea por la deficiente oferta de agua potable, alcantarillado sanitario, colecta de basura, alimentación, entre otros. (Observación)

Es necesario encontrar una forma de orientar a la población a partir de aquello que esta tiene. (Médico)

En sentido resolutivo, la programación regular de actividades preventivas en el trabajo de la ESF evita situaciones problemáticas en la vida de los usuarios:

Con esta consulta mensual, evitamos atrasos en las vacunas, problemas comunes en esta edad y, principalmente, que ellos se enfermen con frecuencia. (Enfermera, al atender un niño(a) y madre en el día agendado para la puericultura en la ESF)

Emerge una confluencia de sentidos asistenciales en la ESF que envuelven acciones prescriptivas y control de riesgos y agravaciones. La promoción de la salud rescata espacios entre las conductas superficiales y distantes de sentido más amplio de la salud. La red de atención básica mantiene su perfil asistencial efectivizando actividades preventivas, destacando, mecanismos de grupalidad, acompañamiento domiciliario y educación en salud:

Las actividades de promoción son básicamente las palestras y los grupos que hacemos con las gestantes, principalmente. Siempre hay alguna actividad en la sala de espera, orientamos antes de las consultas. (Enfermera)

La gente de las endemias ayuda mucho en la prevención de las enfermedades. Siempre que hay campaña de dengue, ayudan mucho en la parte de orientación de la comunidad, ayudándonos en las visitas a las casas (Agente Comunitaria de Salud).

Sabemos que es necesario cuidarse antes que venga la enfermedad. Comer bien, evitar sal y grasa. Todo esto lo escuchamos aquí en el puesto. Ellos orientan bien. (Usuario).

### Desafíos para la gestión del cuidado y de la clínica

El proceso de gestión de las unidades de salud aún se presenta verticalizado en las cuestiones operacionales relacionadas a la demanda de cuidado en salud del territorio. La circularidad del poder de decisión y de gobernabilidad se encierra cuando son presentados problemas envolviendo niveles más ascendentes de la gestión, como se expresa:

El problema es que vivimos un período de falta de credibilidad en el sistema. El profesional perdió la credibilidad en el SUS debido a los intentos frustrados

de transformación. Con esto, él prefiere no intentar más y hacer de la forma que resulta. Por un lado, la práctica clínica del día a día es que resuelve los problemas de la población, pero para eso, hay que incentivar al paciente a buscar sus derechos, reivindicar su tratamiento correcto, etc. Por otro, no siempre es esto que el nivel político y gerencial del SUS desea. Es más fácil para la gestión tener un profesional que hace las cosas de cualquier forma y no hace que el paciente tenga conciencia de sus necesidades. (Médico)

Es necesario mejorar el atendimento de la unidad. Tenemos la famosa gran mesa redonda mensual, que es con la coordinadora del puesto. Todos los meses. Participo todo mes, pero hay colegas que no van más porque no ven que las cosas avancen. [...] La gran mesa redonda, reunimos muchos asuntos, estos son debatidos, ¡pero nada! Es dicho, es hablado, pero respuestas, ¡ninguna! (Agentes Comunitarios de Salud)

Se observa, entre los usuarios, la disposición expresiva y casi siempre desesperada de personas que vienen a las unidades de salud en el límite de la necesidad y con pocas opciones de resolución de sus problemas o procesos de enfermedad. El control gerencial es insuficiente, entre los relatos del equipo:

La organización es aquella que tú [investigador] viste en aquel día. Todas las personas mezcladas. Hay veces que es peor. Hay veces que hay inclusive peleas. (Agente Comunitaria de Salud)

Todos los días hay gente que aparece reclamando. Hay muchas enfermedades y poco doctor para atender (Médico)

Estas personas buscan mucho el atendimento médico y muchas de esas personas son de fila de espera que permanecen mucho tiempo esperando su turno. Pero nosotros sólo tenemos autorización para distribuir 25 números. (Asistente Administrativo – Recepción)

Yo me quedo aquí siempre, intentando hacer lo mejor, conversando y chequeando si todo el equipo está atendiendo. (Coordinadora de la Unidad)

### DISCUSIÓN

La asistencia prestada por los equipos de ESF aún prioriza acciones dirigidas para la producción de procedimientos y cuidados inmediatos. El acceso a los servicios de salud se procesa socialmente en las relaciones de necesidad, demanda y oferta. Sin embargo, es necesario establecer un proceso reflexivo de práctica asistencial para el reconocimiento de condiciones sociales, determinantes de salud y ciudadanía<sup>8</sup>.

En la organización de la ESF, la localización de las Unidades de Salud es también estratégica para la accesibilidad de la población. La programación de acciones y

servicios con resolutivez y la promoción de la salud comunitaria exigen una distribución espacial adecuada a las condiciones de vida de los usuarios y con proximidad a sus contextos de vivienda. En detrimento de la universalidad, el acceso restringido y desproporcional a los servicios de salud en el SUS, se torna un obstáculo para la consolidación de la atención a la salud<sup>3,8,9</sup>.

Los atendimientos clínicos que exigen atención especializada se encuentran con una insuficiente logística de regulación de las derivaciones<sup>10</sup>. La ESF incorpora en su dinámica asistencial, la programación de actividades e intervenciones en redes en sus diversos niveles de complejidad.

La longitudinalidad del cuidado se torna efectiva con el acompañamiento del usuario por el equipo de salud, a lo largo del tiempo. En la APS, la continuidad asistencial es considerada característica central en la garantía del acceso integral a los procedimientos, servicios y atendimientos especializados necesarios para el alcance de la resolutivez en el tratamiento<sup>11,12</sup>.

Históricamente, la centralidad hospitalaria es hegemónica en la operabilidad asistencial brasilera. Sin embargo, las políticas anhelan el incentivo para ampliación de la ESF en diferentes acciones directas y transversales (educación en salud, Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia, gestión participativa y humanización). Se enfatiza que la inversión de la lógica 'hospitalocéntrica' (el hospital como centro) necesita calificación de la atención básica, resolutivez clínica e integración efectiva con la atención especializada y hospitalaria<sup>13,14</sup>.

Las relaciones entre el equipo de salud y los usuarios afectan a las personas envueltas en el sentido de estimular la solidaridad y la motivación en el cuidado en salud. Conscientes de la responsabilidad sanitaria, los equipos que reconocen los problemas operacionales y activan movimientos para resolución de los problemas promueven la transformación del proceso de trabajo<sup>15</sup>.

La consolidación de la atención a la salud se efectiviza en las acciones de la

práctica asistencial y en las relaciones entre las personas envueltas con el cuidado en salud. La resolutivez de la clínica se construye por las condiciones ofrecidas al trabajo asistencial y en la disposición planeada de insumos, medicamentos y procedimientos. De este modo, es posible vivenciar un cotidiano transversalizado por prácticas cuidadoras integrales, regulares y resolutivas<sup>16,17</sup>.

En la búsqueda de la resolutivez, la ESF establece prioridades para el acompañamiento, control y monitoreo de las situaciones de salud de la población. No obstante, las acciones cotidianas deben reconocer los determinantes sociales de la población también como horizonte para la eficacia de sus intervenciones<sup>18</sup>.

En la territorialidad de la enfermedad, considerar las condiciones de vida de la población y efectivizar modos diversos en el cuidar es garantizar equánimes posibilidades para la manutención del proceso de salud-enfermedad<sup>18-20</sup>.

Cuando se propone la gestión compartida, se presupone la participación activa de los envueltos y el reconocimiento de la subjetividad ciudadana. El poder se disuelve y, al mismo tiempo, se fortalece por la elucidación participativa de los sujetos en el diálogo en torno de un problema común. Si el proceso difiere en parte o en el todo, resultará en un método asincrónico de la realidad a ser transformada<sup>21</sup>.

Las demandas presentadas en las salas de espera y en las recepciones son sólo "puntas del iceberg", que indican una base de los determinantes de una salud desequilibrada en relación a la manutención de la vida saludable. Actuar en la superficialidad de la demanda es alcanzar un nivel semi-básico y casi resultante de los problemas del territorio<sup>22,23</sup>. La organización del atendimiento es un desafío continuo para consolidar la ESF como ordenadora de la red de cuidados.

Las situaciones limítrofes entre la oferta y la demanda en la ESF necesitan conciliar la reducción de los déficits asistenciales por un lado, pero también incidir nuevos trayectos para movilizar el

territorio al proceso de vida saludable, por otro. Aquí se encuentra el riesgo continuo del recrudescimiento de la evaluación sobre las prácticas de salud consideradas como resolutivas sólo en el cierre de los procesos mórbidos de enfermedad aguda o crónica, en torno de la eficiencia asistencial.

## CONCLUSIÓN

El presente estudio se limita por la focalización territorial exigida por el proceso de profundización interpretativa de las relaciones cotidianas de la ESF. Sin embargo, los arreglos temáticos discutidos exponen situaciones vividas por equipos de salud de la familia en diferentes contextos.

El involucramiento analítico, crítico y reflexivo amplía las dimensiones y miradas sobre el objeto de estudio, disponiendo evidencias subjetivas para la gestión de la clínica y del cuidado en el territorio vivo, singular y diverso.

En una síntesis analizadora, la ESF aún presenta un espacio distante entre la pretensión de la política institucional del SUS y la realidad cotidiana del cuidado y de la práctica clínica. Se contraponen incentivos para implantación, ampliación y costo para las actividades de la ESF, y una actuación clínica aún fragmentada en sus flujos asistenciales. De este modo, se expresa una limitación de la atención a la salud por la insuficiente universalidad así como por la fragmentación del cuidado e inequidades sociales resultantes.

Por la posibilidad de tornar estratégica la implementación de la APS en salud en el sentido de invertir la lógica 'hospitalocéntrica' y amplificar el cuidado territorial, el planeamiento debe respaldar la participación de los sujetos con sus necesidades y demandas.

Las relaciones intersubjetivas entre trabajadores de salud y usuarios deben componer la planificación comunitaria y participativa de las acciones de salud. La eficacia de la atención a la salud se remite a las soluciones reales de la convivencia urbana y del acceso integral a los cuidados de salud.

## REFERENCIAS

1. Ferttonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2015 [citado en 15 jun 2017]; 20(6):1869-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>
2. 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 Saúde Pública* [Internet]. 2012 [citado en 15 jun 2017]; 46(2):359-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000011>
3. Silva LA, Casotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2013 [citado en 18 jun 2017]; 18(1):221-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100023>
4. Sousa MF, Hamann EM. Saúde da família no Brasil: estratégia de superação da desigualdade na saúde? *Physis* [Internet]. 2009 [citado en 18 jun 2017]; 19(3):711-29. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300009>
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
6. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento da Atenção Básica. Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família. Dados do Estado do Ceará e capital [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [citado en 18 jun 2017]; Disponible en: [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)
7. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília, DF: CNS; 2012 [citado en 18 jun 2017]. Disponible en: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)



8. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2010 [citado em 18 jun 2017]; 15(1):161-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100022>
9. Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro FF, Teixeira ACA. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2013 [citado em 18 jun 2017]; 18(8):2253-62. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800009>
10. Almeida PF, Giovanella L, Nunan BA. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saúde Debate* [Internet]. 2012 [citado em 18 jun 2017]; 36(94):375-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000300010>
11. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2011 [citado em 18 jun 2017]; 16(Suppl1):1029-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a36v16s1.pdf>
12. Arce VAR, Sousa MF. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. *Cad Saúde Colet.* [Internet]. 2014 [citado em 18 jun 2017]; 22(1):62-8. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400010010>
13. Cecilio LCO, Andrezza R, Carapinheiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2012 [citado em 18 jun 2017]; 17(11):2893-902. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100006>
14. Reis RS, Coimbra LC, Silva AAM, Santos AM, Alves MTSSB, Lamy ZC, et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2013 [citado em 18 jun 2017]; 18(11):3321-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100022>
15. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. *Saúde Soc.* [Internet]. 2015 [citado em 18 jun 2017]; 24(1):165-79. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100013>
16. Castro ALB, Machado CV. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis* [Internet]. 2012 [citado em 18 jun 2017]; 22(2):477-506. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000200005>
17. Pinto AGA, Jorge MSB. Prática clínica na estratégia saúde da família: relações entre equipe e usuários no território urbano. *Rev Eletrônica Gest Saúde* [Internet]. 2015 [citado em 18 jun 2017]; 6(2):1514-29. DOI: <http://dx.doi.org/10.18673/gsv6i2.22483>
18. Campos CMS, Silva BRB, Forlin DC, Trapé CA, Lopes IO. Práticas emancipatórias de enfermeiros na Atenção Básica à Saúde: a visita domiciliar como instrumento de reconhecimento de necessidades de saúde. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet]. 2014 [citado em 18 jun 2017]; 48(Esp):119-25. DOI: [10.1590/S0080-623420140000600017](http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600017)
19. Bezerra RS, Carvalho EL. Profissionais de saúde e dispositivos de mediação na atenção básica. In: Pinheiro R, Martins PH, editores. *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde.* Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS; 2011. p. 149-60.
20. Gazzinelli MF, Souza V, Fonseca RMGS, Fernandes MM, Carneiro ACLL, Godinho LK. Práticas educativas grupais na atenção básica: padrões de interação entre profissionais, usuários e conhecimento. *Rev Esc Enferm USP.* [Internet] 2015 [citado em 18 jun 2017]; 49(2):284-91. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200014>



21. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000200004>
22. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Cepesc; 2001. p. 113-126.
23. Sancho LG, Silva NEK. Descortinando o acesso aos serviços de saúde na perspectiva da interdisciplinaridade: debate de ideias. *Physis* [Internet]. 2013 [citado en 18 jun 2017]; 23(2):371-91. DOI:

**CONTRIBUCIONES**

**Antonio Germane Alves Pinto** contribuyó en la concepción del objeto de estudio, en la colecta y análisis de los datos, redacción y revisión. **Maria Dayanne Luna Lucetti, Kelly Fernanda Silva Santana, Adriana de Moraes Bezerra y Maria Corina do Amaral Viana** participaron en la redacción y revisión. **Maria Salete Bessa Jorge** actuó en el delineamiento metodológico y análisis de los datos.

**Cómo citar este artículo (Vancouver)**

Pinto AGA, Lucetti MDL, Santana FS, Bezerra AM, Viana MCA, Jorge MSB. Gestión del cuidado y de la clínica en el atendimento a los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *REFACS* [Internet]. 2019 [citado en *agregar día, mes y año de acceso*]; 7(1):21-29. Disponible en: *agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

**Cómo citar este artículo (ABNT)**

PINTO, A. G. A. et al. Gestão del cuidado y de la clínica en el atendimento a los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 7, n. 1, p. 21-29, 2019. Disponible en: *<agregar link de acceso>*. Accedido en: *agregar día, mes y año de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

**Cómo citar este artículo (APA)**

Pinto, A.G.A., Lucetti, M.D.L., Santana, F.S., Bezerra, A.M., Viana, M.C.A, & Jorge, M.S.B. (2019). Gestión del cuidado y de la clínica en el atendimento a los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *REFACS*, 7(1), 21-29. Recuperado en: *agregar día, mes y año de acceso de agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.