

Uso das tecnologias em saúde na atenção básica às pessoas em condições de hipertensão arterial sistêmica

Use of health technology in primary health care in approach to hypertension

Uso de la tecnología de la salud a personas en condiciones de la hipertensión en el atención primaria de salud

Maria Helena Trindade Engela¹; Alzilid Cíntia Rodarte²; Alfredo Rotondaro Júnior³; Clarissa Terenzi Seixas⁴; Selma Maria da Fonseca Viegas⁵; Fernanda Moura Lanza⁶

Como citar este artigo:

Engela MHT, Rodarte AC, Rotondaro Júnior A, et al. Uso das tecnologias em saúde na atenção básica às pessoas em condições de hipertensão arterial sistêmica. Rev Fund Care Online. 2018 jan./mar.; 10(1):75-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.75-84>

ABSTRACT

Objective: Analyze the use of health technologies in the work process to hypertension undertaken by professionals in the primary health care. **Methods:** A qualitative study, executed with 22 professionals from in six units of the Family Health Teams and Health Support Center Family of a Brazilian town. It was used for data collection semi-structured interview, and as data analysis technical, content analysis. **Results:** The results show that the care of hypertension is also medical-centered, based on spontaneous demand and the use of hard technologies. The protocols have not yet been deemed necessary tools for organization of care and relational technologies need to be strengthened to perform the care user-centered. **Conclusion:** It is necessary to carry out the principles of the unified health system and the use of appropriate technologies in health care for every moment.

Descriptors: Primary Health Care, Health Care, Biomedical Technology, Hypertension.

¹ Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro Oeste Dona Lindu. E-mail: mhheelena@gmail.com.

² Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro Oeste Dona Lindu. E-mail: cintiasrodarte@hotmail.com.

³ Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro Oeste Dona Lindu. E-mail: alfredor.junior@hotmail.com.

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Doutora em Ciências Sociais pela Université Paris Descartes/Sorbonne V. Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: claseixas@gmail.com.

⁵ Enfermeira. Doutora e Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Professor Adjunto do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro Oeste Dona Lindu. E-mail: selmaviegas@ufsj.edu.br.

⁶ Enfermeira. Doutora e Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Professor Adjunto do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro Oeste Dona Lindu. E-mail: fernandalanza@ufsj.edu.br.

RESUMO

Objetivo: Analisar a utilização das tecnologias em saúde no processo de trabalho empreendido pelos profissionais da atenção básica na abordagem à hipertensão arterial sistêmica. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, realizado com 22 profissionais de seis unidades da Estratégia de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família de um município mineiro. Utilizou-se como fonte de evidências a entrevista semiestruturada e, como técnica de análise dos dados, a análise de conteúdo. **Resultados:** Os resultados demonstram que a atenção à hipertensão ainda é médico-centrada, baseada na demanda espontânea e na utilização de tecnologias duras. Os protocolos ainda não foram considerados instrumentos necessários para organização da assistência e as tecnologias relacionais necessitam de serem fortalecidas para realizar o cuidado centrado no usuário. **Conclusões:** É necessário efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde e a utilização das tecnologias em saúde adequadas para cada estação do cuidado.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Cuidado em Saúde, Tecnologia Biomédica, Hipertensão.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el uso de tecnologías de la salud en el proceso de trabajo realizado en atención primaria de salud en el enfoque de la hipertensión. **Métodos:** Investigación cualitativa realizada con 22 profesionales de seis unidades de la estrategia de salud de la familia y el centro de apoyo a la salud de una ciudad. Fue utilizado como evidencia de los datos la entrevista semiestructurada, para el análisis de datos, el análisis de contenido. **Resultados:** Los resultados muestran que la atención a la hipertensión es médico-centrada, en base a la demanda espontánea y el uso de tecnologías duras. Los protocolos aún no se han considerado las herramientas necesarias para la organización de la atención y las tecnologías relacionales deben reforzarse en el cuidado de usuario. **Conclusiones:** Es necesario poner en práctica los principios del sistema único de salud y el uso de tecnologías apropiadas para cada estación en el cuidado.

Descriptorios: Atención Primaria de la Salud, Cuidado de la Salud, Tecnología Biomédica, Hipertensión.

INTRODUÇÃO

A maioria dos serviços de Atenção Básica em Saúde (AB) estão inseridos em uma realidade epidemiológica que tem como características a predominância das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), responsáveis por quase 3/4 das causas de morte no Brasil, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) a mais prevalente das DCNT, cuja prevalência é de 24% da população adulta brasileira (26,3% das mulheres e 21,5% dos homens).¹

Diante do exposto, a HAS é uma das áreas estratégicas de atuação dos serviços de AB que devem oferecer ações que promovam a vigilância da saúde por meio do acesso de primeiro contato, da longitudinalidade e da integralidade da atenção, da coordenação do cuidado entre os demais níveis de atenção e da inserção da família e da comunidade na abordagem do problema.²

O Ministério da Saúde (MS) recomenda que as ações para o manejo adequado da HAS devem estar sustentadas em três eixos: a vigilância da hipertensão com suas comorbidades e determinantes; a integralidade do cuidado; e a promoção

da saúde.³ Estudos mostram que a atenção ao usuário hipertenso em serviços de AB ainda se resume ao fornecimento de medicamentos, à realização de exames laboratoriais e de consultas médicas.⁴⁻⁵ Dessa forma, evidencia-se a necessidade de reorientar a atuação dos profissionais de saúde, fortalecer as estratégias de promoção da saúde e prevenção das complicações e organizar a rede de atenção às doenças crônicas não transmissíveis na perspectiva da integralidade do cuidado ao usuário vivendo com HAS.

Nesse sentido, o MS viu a necessidade de redefinir a rede de atenção às DCNT, colocando a Atenção Básica como coordenadora do cuidado. Assim, publicou a portaria n.483/2014 que objetiva organizar as linhas do cuidado e atender as pessoas com DCNT, garantindo-lhes o acesso à promoção da saúde, prevenção de riscos e complicações, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos.⁶

Na perspectiva da gestão das linhas do cuidado, autores afirmam que são necessários investimentos na organização da vigilância das necessidades de saúde da população; na organização dos sistemas de informação em saúde; na articulação intersetorial; na pactuação da atuação dos diferentes níveis de atenção na vigilância das DCNT; na utilização de protocolos que subsidiem o atendimento nas “estações do cuidado”; bem como na implementação de ações orientadas à comunidade para a promoção da saúde e prevenção de doenças.⁷

As linhas do cuidado constituem os fluxos assistenciais garantidos para atender às necessidades de saúde dos usuários nas redes, mesmo que os pontos de atenção não sejam formalmente constituintes da rede de saúde. Funcionam não apenas por protocolos estabelecidos, mas “também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços dos quais necessita”.^{8:1}

Assim, tendo em vista a necessidade de se reorganizar a linha do cuidado aos usuários com DCNT e de corresponsabilizar as equipes pelo caminhar do usuário pela rede, autores propõem transformações no processo de trabalho, para que o usuário seja abordado na rede de forma singular e com uso de tecnologias (tecnologias leves, leve-duras e duras) apropriadas para cada “estação do cuidado”, garantindo a responsabilização, a vinculação e o cuidado integral.⁷

Na micropolítica do processo de trabalho em saúde, a equipe deve prestar uma assistência centrada no usuário e na sua família, desenvolvendo ações interdisciplinares para efetivar a assistência de acordo com a linha do cuidado, na perspectiva de construção de um plano de cuidados integral.⁷

Considerando que o Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza a construção das linhas do cuidado às DCNT; que a AB deve atuar como coordenadora da rede de atenção à saúde; que o processo de trabalho na atenção às DCNT deve estar pautado nos princípios da integralidade, longitudinalidade da atenção e coordenação; e que a HAS é a DCNT mais prevalente, pergunta-se: quais tecnologias em saúde são

adotadas pelos profissionais da AB no cuidado aos usuários com hipertensão arterial sistêmica?

Adotamos, como pressuposto, que a organização do trabalho cotidiano para atenção às pessoas com HAS é inerente à utilização das tecnologias em saúde para cada “estação do cuidado”, o que pode implicar em diferentes formas de atenção.

O objetivo do presente estudo é analisar a utilização das tecnologias em saúde no processo de trabalho empreendido pelos profissionais da AB na abordagem à hipertensão arterial sistêmica em um município do centro-oeste mineiro.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, abordagem esta em que os pesquisadores ressaltam a realidade social construída, os valores da experiência humana, as qualidades dos processos e os significados.⁹ Para compreender e interpretar essa realidade, os pesquisadores fundamentaram esse estudo no referencial de tecnologias em saúde, onde as tecnologias leves são as relacionais, como o acolhimento e a escuta sensível; as leve-duras são os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica e a epidemiologia; e as tecnologias duras são os equipamentos, as estruturas organizacionais.¹⁰⁻¹

Este estudo teve como cenário um município do centro-oeste mineiro que possui 100% da população coberta pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Teve como cenários da pesquisa seis equipes da ESF, com diversidade de território por se tratar de equipes urbanas e duas rurais, com diferenças na produção social da saúde, pois as equipes rurais são itinerantes apresentando como dificultadores a distância percorrida pelos profissionais de saúde e os obstáculos das estradas não pavimentadas. As comunidades rurais possuem pequenas e precárias unidades de saúde onde são realizados atendimentos em escalas semanais ou mensais. Ressalta-se a falta de transporte público nessas comunidades rurais, onde muitas vezes o transporte de usuários é realizado em ambulância para consultas de rotina e exames laboratoriais na sede do município. Também foi incluído o NASF como cenário de pesquisa.

Participaram do estudo 22 profissionais, sendo um médico, cinco enfermeiros, seis técnicos de enfermagem; nove agentes comunitários de saúde e dois profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (educador físico e nutricionista).

Foram adotados como critérios para a participação no estudo os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam há pelo menos seis meses nas equipes de ESF; um Agente Comunitário de Saúde (ACS) de cada ESF com atuação mínima de um ano no território e todos os profissionais do NASF (composto por educador físico, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo). Todos os participantes que atenderam aos critérios de inclusão participaram do estudo.

Utilizou-se como fonte de evidências a entrevista semiestruturada que foi norteada por um roteiro que continha duas seções, sendo que a primeira contemplou a caracterização dos participantes e a segunda continha perguntas específicas que abordaram o problema de pesquisa.

Os dados foram coletados entre abril e julho de 2015. As entrevistas foram realizadas no próprio ambiente de trabalho, em sala reservada e de forma individual por meio de um roteiro semiestruturado e gravadas na íntegra. Os entrevistados foram identificados pela letra “E” (entrevistado), seguido pelo número referente à ordem da entrevista.

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo, que expõe os “significados”, segundo as fases: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.¹²

O estudo seguiu as recomendações éticas da Resolução 466/2012,¹³ sendo aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde do município cenário da pesquisa e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Campus Centro Oeste Dona Lindu, da Universidade Federal de São João del-Rei (CEPES/CCO) – CAAE 41771615.0.0000.5545.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As nomenclaturas Programa Saúde da Família (PSF) e Estratégia Saúde da Família (ESF) foram utilizadas, neste artigo, para descrever o mesmo processo de trabalho, mas que aconteceram em momentos diferentes da articulação da política pública de saúde. Apesar de os informantes da pesquisa terem utilizado o termo PSF, intencionalmente foi utilizado pelas autoras a terminologia ESF, por considerar importante tratá-la como uma Estratégia político-assistencial para o estabelecimento de uma nova lógica de assistência à saúde.

Os resultados mostram que as unidades de atenção básica constituem referência para a população adscrita e conformam a porta de entrada prioritária dos usuários na rede de atenção à saúde, mas o cuidado ao usuário em condições de HAS se apresenta fragmentado e configura que o atendimento está voltado, principalmente, para a demanda espontânea (E2, E3, E5, E7, E8, E21). Evidenciou-se que os profissionais da AB reconhecem a HAS como um dos agravos prioritários, porém, há dificuldades em colocar em prática as recomendações oficiais para a organização do trabalho, como a classificação de risco do usuário em condições de HAS, distanciando da atenção de forma programática pelos profissionais das equipes da ESF.

Não existe um programa específico na unidade pra hipertenso e diabético, o que existe é uma rotina que a gente faz em relação ao atendimento, o PSF trabalha da seguinte forma: 50% é por demanda espontânea, mas não existe aquela classificação conforme as linhas guias trazem. (E7)

Foi relatado, ainda, que a equipe desenvolve ações voltadas para a população de acordo com a demanda municipal. Em relação a atenção à HAS, um entrevistado afirmou que não é realizado um acompanhamento sistematizado dos usuários com HAS pelas equipes e levanta como causa provável a não-cobrança de tal seguimento pela gestão de saúde do município.

A realidade nossa é que eles não cobram da gente. Simplesmente a gente está trabalhando de acordo com o que eles vão direcionando pra gente. É igual o plano diretor, cobraram o plano diretor, todo mundo fazia a agenda planejada, consulta de hipertenso, o plano todo. Agora infelizmente não estão cobrando nada (...). Tem muito tempo que não ouço falar do HIPERDIA, que eu não sou cobrada a questão do hiperdia infelizmente (...). Tem algumas fases do serviço que eles cobram mais, né? No momento eles estão cobrando muito exames. Agora do hiperdia, infelizmente não. (E3)

A atenção ao usuário com HAS ainda é médico-centrada, com foco curativista e baseada nas tecnologias duras, colocando a solicitação de exames laboratoriais e a terapia medicamentosa como estratégias principais para o acompanhamento e tratamento da HAS.

Renova a receita de 6 em 6 meses. Tá na época de renovar a receita aí ele vem pra consulta, peço os exames de rotina, inclusive se já for diabético também peço uma bateria de exames, agora o retorno, ele retorna com os exames aí eu vejo se tem necessidade de mudar a medicação ou não. (E21)

Foi declarado que muitas vezes a continuidade da terapia medicamentosa é feita por meio de renovações de receita sem que haja consulta médica que avalie a efetividade do tratamento.

Aqui na unidade a gente sabe que não é certo porque a receita deve ser feita com a presença do paciente, isso não existe, infelizmente. (...) A realidade que eu sei, geralmente umas 60 a 70 receitas por semana. Então a médica atende hoje de manhã e a tarde não vai fazer consulta, e vai fazer renovação de receita. Então ela usa o prontuário. Paciente que não consulta há muito tempo não tem a renovação da receita. (E3)

Isto ocorre devido a fatores relacionados à gestão no nível municipal e da organização do processo de trabalho de cada equipe da ESF que impedem a realização da gestão do cuidado ao usuário de acordo com as diretrizes do MS (E1, E3, E13). A dificuldade operacional para estratificar esses usuários segundo a classificação de risco também dificulta a identificação e devida vigilância dos casos de HAS de maior risco para complicações (E7). O enfermeiro, no seu

processo de trabalho, possui dificuldades em atuar de forma mais expressiva na realização da consulta de enfermagem às pessoas em condições de HAS.

Eu ainda não consegui conquistar a população, porque o pessoal acha que você vai marcar uma consulta de enfermagem que você não ... meio que não sabe nada, não vou fazer nada né. Então eu acho que eles ainda não conseguiram reconhecer, mas acho que meu trabalho ainda tá um pouco falho né, porque assim eu não consegui ainda abranger a população toda de hipertenso. (E8)

Uma tecnologia dura que não foi instrumentalizada pelo município é o protocolo de enfermagem, fator apontado pelos enfermeiros como dificultador da sua atuação na AB. (E3, E5, E7, E8, E13, E21)

Só que eu tenho um problema muito grande, a gente não tem protocolo de enfermagem e isso me barra muito, porque eu não posso pedir os exames (...). O protocolo é uma luta desde quando vim, mas a gestão acho que não é a favor, de ter essa autonomia do enfermeiro. (E3)

Destaca-se que, na atuação do enfermeiro no planejamento dos grupos educativos junto ao NASEF, cada equipe tem sua própria estratégia de organização dos grupos e estes, em sua maioria, desenvolvem palestras a fim de transmitir conhecimento aos pacientes, de forma vertical, sobre o processo de saúde-doença.

É uma coisa minha, não é nada metodológico, nada científico, é um grupo mesmo operativo. Isso, eu que faço é um vocabulário bem simples, eu uso também os manuais do Ministério da Saúde pra montar as apresentações, tem os “tópicozinhos”, que vou seguindo, porque como sempre tem integrantes novos, nas palestras eles ficam perguntando o que é hipertensão...então acaba que muitas das “palestrinhas” ficam até repetitivas pelo fato de tá sempre tendo integrantes novos, porque eles não sabem, é portador da doença mas o que é isso. (E13)

Apesar dessas estratégias serem incipientes para promover a mudança de comportamento, alguns profissionais têm notado a necessidade do uso de novos recursos para estimular a participação do usuário e a busca ativa de novos casos na comunidade. Surge o fator da troca como forma de ter a presença e não o vínculo.

Eu procuro, às vezes, a dar um brinde. Inclusive ontem eu levei uma “fotinha” do grupo e dei pra elas, pelo fato de ser o dia das mães. Uma disse pra mim: “é o melhor presente de dia das mães”, porque tinha uma netinha junto com ela na foto. Então ela adorou, é tipo assim: eles sentem bem e, quando a gente vê, a gente se sente melhor ainda, vê que tá tendo resultado. (E11)

Essa semana eu tive aqui um caso de hipertensão na adolescência, aí despertou o interesse de ir nas escolas, descobri em triagem minha, veio pra consulta de rotina, na verdade veio mostrar o preventivo que foi feito, independentemente, veio aqui eu afiro a PA, a técnica também e o médico também. Como eu detectei né a alteração da PA, aí imediatamente conversei com o médico pra encaixar, pediu os exames, dei uma medicação via oral, a pressão normalizou. (E13)

Individualmente, são realizadas orientações em cada etapa do cuidado, porém de cunho prescritivo, no qual desconsidera a singularidade do usuário. Nota-se, também, o uso de tecnologias leve-duras durante estas orientações, como a construção de folhetos explicativos.

Elas [orientações] já vem no papel pronta, que a gente já programou. Essa orientação foi até uma nutricionista anterior que fez ela já vêm no papel todas as orientações. (E5)

As orientações que são realizadas pela equipe também não conseguem estimular o usuário como protagonista do cuidado, o que concretiza a não sensibilização para o autocuidado:

É como se diz, água mole em pedra dura tanto bate até que fura né, uma hora a gente consegue lapidar essas pessoas a entrar no cotidiano de aceitar que ela é hipertensa, porque a pessoa que é hipertensa ele não aceita, o hipertenso não aceita falar que ele é hipertenso. (E1)

Quanto ao técnico de enfermagem na atenção ao usuário em condições de HAS, os entrevistados afirmaram que o seu trabalho está baseado na aferição da pressão arterial, momento que utilizam para orientar o paciente, na maioria das vezes, de forma prescritiva e punitiva. Também relataram acompanhar o ACS durante algumas visitas domiciliares.

Tem pessoas que a gente tem que ir na casa tá aferindo a pressão, porque tem dificuldade de vim pro PSF, a gente faz a visita domiciliar com a aferição de pressão e orientações ao usuário e a família que cuida também, funciona dessa maneira aqui. (E2)

O ACS é reconhecido, tanto por ele mesmo quanto pelos demais membros da equipe, como o elo entre a equipe e a comunidade por estarem inseridos no cotidiano da população (E12). Dessa forma, parte do processo de trabalho da unidade depende da demanda de saúde que o ACS traz para a equipe, sendo também responsável por conferir e subsidiar a aplicação das orientações e uso das medicações no ambiente familiar do usuário com HAS.

São pacientes que precisam de mais orientação sobre medicamentos, pacientes que você vê que tem uma limitação em entender sobre a medicação, então o agente de saúde vai na sua casa mais rotineiramente orientar sobre a utilização desse medicamento, se está tomando correto, se não tá. E esse agente de saúde levanta essas necessidades, ele traz pra gente, então a gente avalia e faz essa visita. (E7)

Através das visitas elas [ACS] nos trazem quem é novo na área, por exemplo, chegou um hipertenso novo, já veio de outro PSF, já tem um diagnóstico, já está sendo medicado, aí a gente começa a fazer o acompanhamento. (E4)

Além da necessidade de criação de vínculo e de ser a ponte entre a população e a unidade, os ACS precisam atingir metas no acompanhamento às pessoas com HAS (E2) e realizar orientações que objetivam principalmente mudança de hábitos de vida (E1, E4, E8, E12, E13, E14).

Olha a gente tem que saber como chegar, isso aí é aos pouquinhos, você vai batendo na tecla até a pessoa ver... temos um grande apoio da enfermeira, que ajuda a gente, aquela pessoa mais resistente, aí a gente pede pra vir na unidade, aí a enfermeira orienta, as técnicas também orientam, a gente tem um grande apoio quando encontra resistência, e aos poucos eles vão tomando os remédios direitinho, porque eles vão vendo né, que não tem como... tem que tomar direitinho, aí fica fácil de conseguir, sem pressionar, só conversando. (E12)

As ESF contam com o suporte dos profissionais do NASF para a realização de ações de promoção, prevenção e controle da HAS, que têm sido empregadas prioritariamente no âmbito individual, o que gera, por vezes, sobrecarga de trabalho. Ademais, as reuniões para discussão de casos acabam ficando prejudicadas devido à alta demanda de ações focadas no indivíduo (E5, E3).

O NASF precisa funcionar verdadeiramente como um NASF, porque ele é um apoio ao PSF e não é tanto atendimento individual, é mais atendimento coletivo, e aqui funciona mais o individual do que o coletivo. (E5)

Os profissionais que participaram desse estudo apontaram os seguintes fatores dificultadores da atuação da AB na atenção às pessoas em condições de HAS: fatores culturais da população (E8), falta de capacitação profissional (E1, E4, E5, E7, E8, E12, E13, E19, E21), sobrecarga de trabalho (E1, E2, E4, E11, E13, E14), rotatividade profissional (E7, E13, E14 E21) e baixa adesão do usuário ao tratamento (seja ele farmacológico ou não) e a dificuldade de envolver a família no cuidado (E1, E2, E3, E5, E8, E11, E19, E21).

A gente tenta fazer busca, mas a partir do momento que eles tem alguma resistência a gente não tem muito o que fazer não, tem paciente que a gente faz um termo que o paciente assina recusando o tratamento, já teve caso assim de pressão 21, “Ah, minha pressão é assim mesmo”, aí fala: “Não, não vou” (...) a gente sempre tenta fazer busca ativa, se o paciente não adere a gente pede pra assinar termo. (E8)

O que dificulta um pouco é a questão do agente que não está muito preparado, eu estou com muito agente novo, então pra pegar a rotina do serviço da unidade é difícil, a minha vantagem é que eles são daqui da área, então eles já conhecem os usuários. O ACS ele entra na área de saúde sem ser capacitado para atuar ali, e o agente sabe o que é hipertensão? Antes de você visitar tem que estar por dentro daquilo, saber orientar, está sendo algo mecânico, o agente tem que conhecer, a rotatividade é grande de agente, começa a inserir aí sai, não da certo... (E13)

O processo de trabalho em saúde no SUS ainda é fortemente marcado por elementos do modelo de atenção biomédico, o qual reduz a abordagem do profissional apenas à enfermidade que o usuário apresenta, sem incorporar, na sua prática, os princípios e diretrizes que fundamentam o novo paradigma de atenção à saúde proposto para o SUS desde a reforma sanitária.¹⁴ Um dos enfrentamentos contemporâneos centrais da crise do modelo de atenção à saúde consiste na necessidade de reconfiguração do processo de trabalho frente às condições crônicas que, no desenho atual, vem seguindo, de um modo geral, a lógica de atenção às condições agudas,¹⁵ fazendo a unidade de saúde ser semelhante a uma “clínica”¹⁶, ou seja, um espaço físico no qual profissionais realizam cuidado em saúde.

No Brasil, tais mudanças ocorrem em direção à implementação e qualificação das práticas em saúde com vistas a sustentar uma assistência fundamentada nos princípios de universalidade do acesso aos serviços, a integralidade da assistência à saúde e a equidade no atendimento à população, que são constituintes da atual política nacional, denominada de SUS. A atenção na ESF deve pautar-se em ações interdisciplinares organizadas num território definido, em busca da melhoria das condições de vida e saúde da população. Porém, na prática, essa Estratégia ainda não conseguiu alcançar os seus objetivos na AB, pois a assistência ainda se fundamenta no modelo biomédico, com enfoque na doença e com atenção fragmentada.^{17:100}

Nesse sentido, verifica-se a manutenção dos serviços de saúde organizados para atender prioritariamente a demanda espontânea, produzindo um cuidado que tende a se resumir a atendimento médico e individualizado até mesmo nos serviços de atenção básica,¹⁶ onde é esperado que o atendi-

mento seja centrado no usuário e na sua família, priorizando ações coletivas e programado conforme a classificação de risco do usuário.¹⁸

Sabendo-se então do perfil epidemiológico da HAS e da necessidade de qualificação das estratégias de abordagem às DCNT, os órgãos responsáveis pela formulação das políticas públicas de saúde publicaram, em 2013, manuais técnico-operacionais como o objetivo de reorganizar a atenção à HAS no âmbito da Atenção Básica.^{2,18} No entanto, o município em estudo ainda não utiliza tais recomendações para orientar a prática dos serviços de AB (como a estratificação de risco dos usuários com HAS, por exemplo), o que tem influenciado negativamente a organização das linhas de cuidado conforme preconizado pela Portaria n. 483/2014.⁶ Essa portaria reafirma que a AB deve realizar as ações de diagnóstico, rastreamento e tratamento de acordo com as diretrizes clínicas recomendadas pelos órgãos de saúde oficiais; articular-se com os demais setores para a implementação das ações de prevenção das doenças crônicas e promoção da saúde; ser a coordenadora do cuidado (mesmo quando referenciados para outros componentes da rede) e garantir avaliação e acompanhamento de forma integral e criteriosa.⁶

Estudos evidenciam que, quando o processo de trabalho é reorganizado e operacionalizado tendo como centralidade as necessidades e demandas dos usuários e de suas famílias - e não na doença e nos procedimentos - e que todos os profissionais possam estar envolvidos no cuidado integral, há a solução ou minimização dos problemas, diminuindo a rotina de consumo das “tecnologias duras”, como exames e procedimentos.^{7,16}

Pensar a atenção em saúde de forma integral “é recusar-se a reduzir o paciente ao sistema biológico ou à queixa que supostamente produz o sofrimento, portanto a interdisciplinaridade nas ações em saúde torna-se necessária para uma abordagem que dê conta de respostas eficazes”.^{17:105} Destarte, “quando todos os membros da equipe conhecem as necessidades das pessoas e das famílias, a abordagem acontece em sua totalidade e é mais eficaz, pois toda a equipe participa do acompanhamento”.^{19:244}

Como evidenciado nos resultados, a partir do momento em que os profissionais passam a resumir o acompanhamento do usuário em condições de HAS à simples renovação de receitas, há um distanciamento na relação médico-paciente, o que torna mais difícil estimular a autonomia do usuário e a corresponsabilização e a construção do vínculo, já que a assistência torna-se um ato mecanizado, repetitivo,²⁰ um fator que desintegra o cuidado.²¹ Esse processo de trabalho revela uma relação onde o poder disciplinar²² opera definindo os espaços, as relações e onde o conhecimento científico e a decisão profissional são soberanas, reduzindo drasticamente e dramaticamente as possibilidades de participação do usuário no delineamento do seu plano terapêutico.¹⁴

Estudo realizado em um município da Bahia também identificou o alto consumo das práticas de tecnologias leves-duras e duras na atenção ao hipertenso e observou uma

certa fragilidade dos profissionais da AB em realizar a escuta sensível à pessoa com HAS, dando voz às suas demandas e necessidades, resultado que, para os autores⁵, segue como um dos principais desafios para a mudança na prática do cuidado à HAS: centrar o cuidado no usuário e não em procedimentos.¹⁴

A organização do trabalho “vivo em ato” é diretamente influenciada por questões micropolíticas¹⁰⁻¹ e é necessário que os profissionais de saúde identifiquem novos sentidos de produção do cuidado, tomando as tecnologias leves como orientadoras do uso das tecnologias leve-duras e duras.¹⁴

Uma estratégia para promover um cuidado que não seja fragmentado e centrado na doença é a implementação da consulta de enfermagem sistematizada que é pautada em um marco teórico e executada de acordo com as etapas do processo de enfermagem²³ baseada no Cuidado Centrado na Família, técnica esta capaz de favorecer a participação ativa da família tanto no cuidado direto ao usuário, quanto na participação social, unindo o conhecimento científico ao saber familiar para a construção do plano de cuidados, de forma a favorecer o autocuidado²⁴⁻⁵. O processo de enfermagem, que é regulamentado pela Resolução COFEN 358/2009, é um instrumento que orienta o cuidado prestado pelos enfermeiros em todos os níveis de atenção à saúde e recomenda-se que seja implementado em serviços públicos e privados.²³ Por isso, a realização da consulta de enfermagem não pode estar somente condicionada à presença do protocolo municipal de enfermagem, já que o enfermeiro possui um corpo de conhecimentos próprio da profissão. Autores argumentam que “transformar cada protocolo em uma ferramenta, e não em uma doutrina, é a chave para o manejo das relações intercessoras que produzem o cuidado”.^{7:598}

Um estudo realizado em 2011 enfatizava a importância da consulta pelo enfermeiro na assistência ao hipertenso de forma sistematizada, uma vez que, sistematizar a consulta de enfermagem tem como objetivos principais: organizar a abordagem ao usuário desde a identificação de fatores de risco à intervenções, definir o papel do enfermeiro e tornar esta função de caráter profissional e diferencial dentro da unidade, uma vez que para executar as etapas do processo de enfermagem não requer protocolos municipais.²⁶ A consulta de enfermagem sistematizada, seja individual ou coletiva, representa um importante instrumento para o acompanhamento da pessoa com HAS e para a realização da educação em saúde para o autocuidado, já que ao levantar as necessidades de cuidado da pessoa, realiza o planejamento da assistência, pactuando metas, oferecendo elementos e estratégias para que o usuário possa sentir-se mais ativo no processo saúde-doença, respeitando as características culturais e econômicas e envolvendo a família no cuidado.²

Em relação às atividades coletivas para educação em saúde, a literatura mostra que é necessária a utilização de novas metodologias, contrapondo-se ao clássico padrão de transmissão vertical de conhecimento, ou seja, renovar

os modos de comunicação entre profissional e usuário em que privilegia a participação ativa dos membros do grupo.²⁷

As estratégias adotadas na realização das atividades coletivas têm relação direta com a promoção do autocuidado do usuário, bem como na sua participação ativa no seu cuidado e de sua comunidade. Além disso, envolver a família do usuário fortalece o acompanhamento e a disposição para o autocuidado.²⁸ Um estudo corrobora com os resultados desta pesquisa ao mostrar mostra que os principais assuntos discutidos nos grupos educativos são: 1) tratamento medicamentoso, 2) atividade física e 3) fisiopatologia da HAS e Diabetes, desconsiderando os fatores psicossocioespirituais e o compartilhamento de saberes entre os participantes, revelando que a minoria utiliza métodos interacionistas, que permitem maior envolvimento dos usuários e estimulam o seu autocuidado.²⁹ Isso evidencia que a educação em saúde é realizada de forma prescritiva, “disfarçada de cuidado”, com baixa resolutividade frente às necessidades de saúde já que impõe, como uma doutrina, os hábitos de vida que devem ser adotados pelo usuário,¹⁴ como evidenciado no provérbio citado: “*água mole em pedra dura tanto bate até que fura*” (E1).

Pesquisa mostrou que o baixo interesse dos usuários às ações preventivas; a falta de capacitação da equipe e a alta rotatividade dos profissionais são fatores que influenciam diretamente no preparo e desenvolvimento das atividades de grupo.²⁹ A baixa adesão ocorre provavelmente devido ao fator cultural que carrega o foco curativista e o grande valor que se é dado às consultas médicas, consequentemente o aumento da demanda por atendimento e procedimentos médicos impossibilita o desenvolvimento de outras atividades. Além disso, a população, em sua maioria, desconhece o verdadeiro papel da AB. Logo, desconsidera a importância de novas estratégias para a promoção do cuidado integral em saúde.¹⁶

Em contrapartida, um estudo verificou que a AB tem conseguido melhores resultados relacionados a mudança de estilo de vida em relação aos serviços de atenção secundária, provavelmente por estarem mais próximos da realidade do usuário, mesmo quando ambos serviços adotam estratégias educativas que trabalham a autonomia do usuário.³⁰

Nesse sentido, aponta-se o trabalho do ACS como um fator positivo para o estabelecimento do elo entre a população e a unidade e para a condução do trabalho da equipe.³¹ Na atenção à pessoa com HAS, espera-se que o ACS, ao produzir o cuidado no domicílio, oriente a comunidade sobre as medidas de prevenção das DCNT e de promoção da saúde; realize o rastreamento de casos novos de HAS e monitore a implementação das ações do plano de cuidados que foi pactuado com a equipe de saúde.¹⁸ No entanto, o processo de trabalho do ACS torna-se mecânico e não tão efetivo quando é guiado pela finalidade de realizar o número de visitas estabelecidas para atingir metas e pela passagem de informações pré-estabelecidas.³²

Também evidenciou-se uma atuação mecânica dos técnicos de enfermagem na atenção aos usuários com HAS,

desenvolvendo ações apenas em torno da doença, estabelecendo um vínculo com o usuário centrado em um procedimento: aferição de pressão arterial. Esse momento poderia ser utilizado para proporcionar um melhor entendimento do usuário a respeito da HAS, facilitando sua autonomia frente à doença e o alcance dos objetivos e metas do tratamento, de acordo com o plano terapêutico.¹⁸

Como uma estratégia para atender às demandas não alcançadas pelas ESF, e em busca da efetivação dos serviços na rede de atenção à saúde, o NASF também atua nas ações do cuidado, porém com fragilidades que ainda necessitam ser adequadas, como a sobrecarga de trabalho e baixa disponibilidade para reuniões entre equipes, o que limita a realização de ações conjuntas.³³⁻⁴ Autores apontam, ainda, que o funcionamento equivocado do NASF - onde ainda é priorizado o atendimento individual - não favorece a realização da discussão dos casos e integração dessa ação à rotina das equipes das ESF, uma vez que exige disponibilidade, atitude profissional e parceria.³³⁻⁴ Nesse caso, o NASF passa a ser visto como a solução para a alta demanda por consultas e procedimentos³⁴ (ao produzir um cuidado que não vai além dos problemas que devem ser solucionados) e não como um parceiro para elaborar, junto com o usuário e com a equipe, um plano de cuidados.¹⁴

Segundo autores, para a mudança do modelo de atenção é necessário análise situacional de saúde de determinada área, para que ações e protocolos municipais ou estaduais possam ser efetivos frente à realidade local, principalmente quando se trata de DCNT em que preza-se a qualidade de vida.⁷ A integralidade do cuidado frente a uma DCNT, como a HAS, só é obtida em rede, por meio da articulação entre os demais níveis de atenção, quando o indivíduo passa por cada estação do cuidado, cabe a esses profissionais o desafio de conectar cada componente dentro da rede de atenção à saúde.⁷ Entretanto, enquanto profissional de uma equipe de ESF, é possível realizar mudanças por meio do trabalho qualificado, trabalhar os objetivos da equipe e a criatividade de cada profissional, são meios de atuar na micropolítica buscando a reorganização do processo de trabalho, o qual por fim trará um novo fazer em saúde.³⁵

Dentre os muitos desafios que a AB precisa superar, a falta de preparo dos profissionais para atuar frente às DCNT é uma questão que necessita de atenção imediata, tanto pela dimensão demográfica e epidemiológica da população acometida, quanto por atestar a insuficiência do modelo de atenção biomédico e pelo seu potencial para gerar a mudança de paradigma da saúde. Uma equipe atenta às mudanças e apta a trabalhar nesse cenário deve ser capaz de reexaminar o seu processo de trabalho de forma permanente, desde que mantenha a centralidade da sua prática nas demandas e necessidades do usuário. Além da carência de profissionais aptos a construir uma relação de horizontalidade com a população nos serviços que participaram desse estudo, ainda é escasso na formação superior o preparo do profissional na atuação em DCNT, principalmente em

intervenções de âmbito coletivo, pois desde sua experiência acadêmica o profissional já subentende que o conhecimento só é passado de forma vertical. Faz-se também necessária a capacitação destes profissionais a fim de aguçar os questionamentos quanto as falhas da equipe bem como nas redes de atenção à saúde como fator dificultador da adesão do usuário. Nesse sentido, a maioria dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica reproduz na sua prática cotidiana, o mesmo modelo que vivenciou em seu curso, resistindo a dispor de novos recursos para alcançar os objetivos da AB.²⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo evidenciaram que a utilização das tecnologias em saúde pelas equipes da ESF é sustentado principalmente pelas tecnologias duras e com menor utilização das tecnologias leves e leve-duras, que não atende a finalidade do processo de trabalho para o atendimento das pessoas em condições de HAS no âmbito da atenção básica.

Percebeu-se também que a efetivação da utilização das tecnologias leves e leve-duras depende da determinação e apoio da organização da saúde em nível municipal e dos profissionais atuar em ações interdisciplinares em busca de produzir um cuidado que, ao se relacionar com o usuário, libere o “trabalho vivo”. Dessa forma, confirma-se o pressuposto do estudo pois, apesar dos profissionais identificarem a HAS como um agravo prioritário nas ações da AB, os resultados evidenciaram que o serviço é organizado de acordo com a demanda espontânea frente ao adoecimento. Como limitações do estudo, identifica-se a definição dos critérios de inclusão dos participantes, os quais possibilitaram a entrevista de apenas um médico.

As determinações dos manuais dos órgãos responsáveis pela formulação das políticas públicas de saúde, consideradas como uma tecnologia dura, não são vistas como um instrumento para operacionalização do processo de trabalho. Verificou-se que a ausência do protocolo municipal de enfermagem causou um enrijecimento da atuação da profissão, caracterizando um “trabalho morto”, inclusive sem perspectivas, dentro da vivência cotidiana, de produzir um “trabalho vivo”.

A atuação profissional se apresenta dificuldades e a falta de preparação para realizar o cuidado centrado no usuário já que o foco da atuação ainda está na doença e há limitações dos profissionais em considerar a singularidade do usuário e realizar a abordagem familiar.

Dessa forma, acredita-se que o primeiro passo na reorganização da atenção seja a capacitação dos profissionais para que, conhecedores dos modos de aprimorar a atenção, possam trabalhar a interdisciplinaridade e intersectorialidade não só em relação ao tratamento e a manutenção da saúde, mas também atuar mais ativamente na prevenção de riscos e agravos e na promoção da saúde. Entretanto, deve-se considerar a educação na saúde como forma de compartilhar o

conhecimento utilizando modelos horizontais e dinâmicos, quebrando desde então paradigmas na AB quando se fala em educação em saúde.

Frente as dificuldades de se trabalhar a HAS, doença multifatorial, que depende de mudanças de hábitos de vida para o seu controle, a AB precisa investir em melhorias na atenção à saúde que requerem a interrelação entre a macro e micropolítica, superando as principais fragilidades – a rotatividade profissional, dinâmica na relação profissional/ usuário e inovações na educação em saúde – que influenciam o usuário a não se sentir corresponsável pela sua saúde.

Embora seja necessário o trabalho coletivo, consideramos a importância da atenção individualizada quando implantada a consulta de enfermagem e quando baseada em uma metodologia científica que identifica os principais problemas por meio da escuta sensível, o que poderá contribuir para o enfermeiro, juntamente com a equipe, planejar intervenções que respeitam a individualidade e a sua inserção familiar, bem como é um começo para a construção da autonomia do usuário.

Por fim, é fundamental a realização de mudanças no processo de trabalho em saúde, buscando a efetivação dos princípios do SUS e a utilização das tecnologias em saúde adequadas para cada estação do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
4. Faquinello P, Carreira L, Marcon SS. A unidade básica de saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. *Texto contexto - enferm.* 2010;19(4): 736-44.
5. Santos FPA, Nery AA, Matumoto S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. *Rev esc enferm USP.* 2013 jul; 47(1):107-14.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. [internet] 2014 [acesso em 2014 dez 22]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html.
7. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu).* 2010 set; 14(34): 593-606.
8. Franco CM, Franco TB. Linhas do Cuidado Integral: Uma proposta de organização da rede de saúde. In: Secretaria de Estado de Saúde do RS. [página na Internet]. [acessado 2016 jun 24]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1306960390341linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>
9. Denzi NK, Lincoln YS. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2006.
10. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
11. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, 2009.
12. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc saúde coletiva.* 2012 mar; 17(3): 621-6.
13. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. [internet] 2012 [acesso em 2014 mar 14]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
14. Seixas CT, Merhy EE, Baduy RS, Slomp JH. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva.* 2016; 12(1):113-23.
15. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc saúde coletiva.* 2014 out;19(2):343-52.
16. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc saúde coletiva.* 2010 abr;15(Supl. 3):3615-24.
17. Viegas SMM, Penna CMM. Práticas integrais na estratégia saúde da família no Brasil: o cotidiano do trabalho em equipa. *Rev Enf Ref.* 2013 jul; serIII(10):99-108.
18. Secretaria de Estado de Saúde (MG). Atenção à Saúde do Adulto/ Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica. 3ªed. Belo Horizonte (MG): Secretaria de Estado de Saúde; 2013.
19. Viegas SMF, Penna CMM. Integrality: life principle and right to health. *Invest Educ Enferm.* 2015;33(2):237-47.
20. Merhy EE, Feuerwecker L, Gomes MPC. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco, T.B. (Org.). *Semiótica, afecção & cuidado em saúde.* São Paulo: Hucitec, 2010. P. 60-75.
21. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2012 jul;7(8):2071-85.
22. Foucault M. O poder psiquiátrico. São Paulo : Martins Fontes, 2006.
23. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n.º 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. [internet] 2009 [acesso em 2015 mar 12]. Disponível: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html.
24. Silva NC, Giovanela L, Mainbourg EMT. A família nas práticas das equipes de Saúde da Família. *Rev bras enferm.* 2014 abr; 67(2): 274-81.
25. Apolinário MICG. Cuidados Centrados na família: impacto na formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Rev enfermagem referência.* 2012 jul; III(7): 83-92.
26. Moura DJM, Bezerra STF, Moreira TMM, Fialho AVM. Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. *Rev bras enferm.* 2011 ago; 64(4): 759-65.
27. Fernandes MTO, Silva LB, Soares SM. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. *Ciênc saúde coletiva.* 2011; 16(Supl. 1):1331-40.
28. Oliveira LC, Ávila MMM, Gomes AMA, Sampaio MHL. Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. *Interface (Botucatu).* 2014 mai; 18 (Supl. 2):1389-400.
29. Mendonça FF, Nunes EFPA. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. *Trab educ saúde.* 2015 ago; 13(2):397-409.
30. Mendes CR, Souza TL, Felipe GF, Lima FE, Miranda MD. Comparação do autocuidado entre usuários com hipertensão de serviços de atenção à saúde primária e secundária. *Acta paul enferm.* 2015 nov; 28(6):580-6.
31. Barroso DP, Silva LAA, Rodrigues CAQ, Vieira MAR, Silva MFV, Loyola CSD et al. Problemas de saúde em população cadastrada na estratégia saúde da família: o agente comunitário de saúde como informante-chave. *Rev med Minas Gerais.* 2014 mar; 24(2):173-9.
32. Silva JS, Fortuna CM, Pereira MJB, Matumoto S, Santana FR, Marciano FM et al. Supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde

- na Estratégia Saúde da Família: a ótica dos enfermeiros. Rev esc enferm USP 2014 jul; 48(5):899-906.
33. Barros JO, Gonçalves RMA, Kaltner RP, Lancman S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2015 dez; 20(9):2847-56.
34. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. Cad saúde pública. 2012 nov; 28(11):2076-84.
35. Malta DC; Merhy EE. A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos. Rev min enf. 2003 jul; 7(1):61-6.

Recebido em: 16/08/2016

Revisões requeridas: 02/10/2017

Aprovado em: 19/09/2016

Publicado em: 08/11/2017

Autor responsável pela correspondência:

Fernanda Moura Lanza
Av. Sebastião Gonçalves Coelho, 400, sala 302.1, bloco D,
Chanadour
Divinópolis/MG, Brasil
CEP: 35501-296