

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NAS AÇÕES PRIMÁRIAS DE SAÚDE AO PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

FAMILY HEALTH STRATEGY IN PRIMARY HEALTH ACTIONS FOR SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION PATIENTS

ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA EN LAS ACCIONES PRIMARIAS DE SALUD AL PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTÊMICA

Rosângela Andrade Aukar de Camargo¹
Flávia Roberta dos Anjos²
Maronita Ferreira do Amaral³

¹ Enfermeira, Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP. Ribeirão Preto, SP – Brasil.

² Enfermeira. Especialista em Oncologia. Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP – Brasil.

³ Enfermeira. Especialista em Nefrologia do Hospital São Paulo Clínicas Especializadas de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Rosângela Andrade Aukar de Camargo. E-mail: rcamargo@eerp.usp.br
Submetido em: 09/08/2012 Aprovado em: 26/09/2013

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como princípio a vigilância à saúde, tendo como característica a atuação inter e multidisciplinar. Atua também em grupos específicos da população como os portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Objetivou-se nesta pesquisa qualitativa levantar as ações de atenção primária à saúde do portador de HAS relatadas pela equipe de saúde da família com ênfase nas intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro. Trata-se de um estudo descritivo sobre as ações dos profissionais que compõem a ESF. A pesquisa foi realizada com seis integrantes da ESF de uma cidade do interior do estado de São Paulo. O médico destaca o seu papel na unidade e caracteriza o trabalho da auxiliar de enfermagem e do enfermeiro como uma “ajuda” na recepção do paciente. Os agentes valorizam a visita domiciliar em que ainda fazem a “promoção”. A equipe reconhece que o enfermeiro tem inúmeras atividades na unidade e que conhece o programa como um todo, porém está sobrecarregada com questões administrativas. A educação em saúde para a prevenção da HAS ainda é incipiente. Entre as atividades levantadas, priorizam-se aquelas de cunho estritamente curativas, de controle dos parâmetros, que são indicadas no protocolo da HAS, nas quais ainda não há uma visão clara, por parte dos integrantes da equipe, sobre o processo de trabalho para a integralidade das ações. Conclui-se que o papel do enfermeiro na ESF enfrenta impasses e desafios, especialmente no que diz respeito à sua atuação, divisão de responsabilidades, condições de trabalho e relações interdisciplinares.

Palavras-chave: Saúde Pública; Enfermagem; Hipertensão Arterial Sistêmica.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) is based on health surveillance, containing the characteristics of both interdisciplinary and multidisciplinary actions. This program also operates in specific population groups, such as those with systemic arterial hypertension (SAH). This qualitative research aims to enhance the primary health care actions for patients with SAH, reported by the family healthcare team, highlighting the interventions developed by nurses. This is a descriptive study of the actions performed by nursing professionals within the FHS and was conducted with six members of the FHS from a city in the countryside of the state of São Paulo. The doctor emphasizes his role within the program and characterizes the work of the nurse's aide and of the nurse herself as “help” in receiving the patient. Community health agents value the home visit, where they can do their “promotion”. The team recognizes that nurses perform a wide range of activities in the clinic and that they know the program as a whole, but they are overburdened with administrative issues. Health education for the prevention of SAH is still in its initial stages. Among the identified activities, priority is given to those that are strictly geared toward a cure, with parameter controls, as set forth in the SAH protocol, in which there is still no clear view on the part of the team members concerning the work processes necessary to ensure the integrity of actions. It can therefore be concluded that the nurses' role in the FHS faces difficulties and challenges, especially as regards their activities, distribution of responsibilities, working conditions, and interdisciplinary relations.

Keywords: Public Health Care; Nursing; Systemic Arterial Hypertension.

RESUMEN

La Estrategia Salud de la Familia (ESF) tiene como principio la vigilancia sanitaria; su característica es el trabajo interdisciplinario y multidisciplinario. Actúa también en grupos específicos de la población como los de los pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica (HAS). El objetivo de esta investigación cualitativa fue identificar las acciones de atención primaria de las personas con HAS realizadas por el equipo de salud de la familia y describir las intervenciones llevadas a cabo por el enfermero. Se trata de un estudio descriptivo sobre las acciones de los profesionales que componen la ESF. La investigación fue realizada con seis miembros de la ESF de una ciudad del interior del Estado de San Pablo. El médico realza su rol en la unidad y define el trabajo del auxiliar de enfermería y del enfermero como “ayuda” en la recepción del paciente. Los agentes valoran las visitas

domiciliares donde aún "promocionan" la salud. El personal reconoce que los enfermeros tienen demasiada tarea y que conocen el programa pero que están sobrecargados de asuntos administrativos. La educación en salud trata poco el tema de prevención de HAS. Entre las actividades analizadas, se les da prioridad a aquellas estrictamente curativas, de control de parámetros indicadas en el protocolo de HAS. Los integrantes del equipo aún no tienen una visión clara del proceso de trabajo que busca integrar las acciones. El papel del enfermero en la ESF enfrenta dilemas y retos, principalmente en lo referente a su actuación, división de responsabilidades, condiciones de trabajo y relaciones interdisciplinarias.

Palabras clave: Salud Pública; Enfermería; Hipertensión Arterial Sistêmica.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica representa um sério problema epidemiológico no Brasil, tanto pela sua elevada prevalência na população adulta e idosa, quanto pelas complicações que acarreta, com acentuadas taxas de morbimortalidade e impactos relevantes nos custos hospitalares, previdenciários, econômicos e sociais. É uma síndrome de origem multifatorial caracterizada pelo aumento das cifras pressóricas arteriais, possibilitando anormalidades cardiovasculares e metabólicas, que podem levar a alterações funcionais e/ou estruturais de vários órgãos, principalmente coração, cérebro, rins e vasos periféricos.^{1,2}

Dados internacionais estimam que a doença afeta 50 milhões de pessoas nos Estados Unidos e 1 bilhão de pessoas no mundo.² No Brasil, alguns autores têm confirmado prevalência que varia entre: 7,2 e 40,3% no Nordeste; 5,04 e 37,9% no Sudeste; 1,28 e 27,1% no Sul; e 6,3% e 16,75% no Centro-Oeste, números que ainda merecem estudos mais detalhados.³

Sabe-se que há diferenças na prevalência de hipertensão arterial sistêmica nas populações, por influências: biológicas, do estilo de vida, do ambiente, da organização do sistema de saúde e das possíveis interações entre os componentes desses elementos. Atinge perto de 15 a 20% da população adulta, chegando a 50% nos idosos e prevalece nas pessoas do sexo masculino entre 45 e 50 anos de idade. Após essa faixa etária, a prevalência é maior nas mulheres. A hipertensão arterial sistêmica duplica o risco do aparecimento da doença cardiovascular, sendo o primeiro fator de risco para o acidente vascular cerebral.³

No Brasil, entre as ações estratégicas mínimas de responsabilidade dos municípios evidenciadas na atenção básica, estão: o controle da hipertensão arterial, a ser desenvolvido por meio do diagnóstico de casos, no cadastramento de portadores, na busca ativa, no tratamento e nas ações educativas.⁴

Essas ações, previstas para serem executadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e evidenciadas pelo Ministério da Saúde, visam à organização da assistência primária. A orientação da vigilância à saúde das famílias e dos seus entornos propõe-se a estreitar o vínculo entre os portadores de hipertensão arterial e as unidades de saúde. Ressalta-se que o atendimento de modo sistemático e organizado deve prevalecer sobre os emergenciais.⁵

Para tanto, avaliar o desempenho dos serviços de saúde é, na atualidade, uma importante necessidade para as proposi-

ções que buscam aprimorar a qualidade da atenção, por meio da análise da captação e cobertura da demanda programática para hipertensão arterial, da concentração de algumas modalidades de atendimento e da situação dos indicadores de acompanhamento das ações desenvolvidas.⁶

O Brasil vive, há mais de duas décadas, expressivas mudanças na organização, financiamento e oferta de serviços de saúde, decorrentes principalmente da necessidade de se disponibilizar para a população serviços básicos, acessíveis, equitativos e de melhor qualidade.⁴ Nessa perspectiva, a institucionalização da Estratégia de Saúde da Família ganha evidência significativa como instrumento de reorganização do sistema de serviços de saúde. Essa concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença e desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.^{5,6}

A formação dessa equipe tem perfil ocupacional bastante distinto da equipe tradicional, sendo mais diversificada profissionalmente e, por isso, podendo contribuir para o melhor desempenho do novo modelo. Não está voltada para a atenção exclusiva a grupos específicos da população, mas sim trabalha com o princípio da vigilância à saúde. Apresenta como uma de suas características a atuação inter e multidisciplinar e deve estimular a organização da comunidade, para que ela se torne corresponsável pelas ações ali desenvolvidas. A família e a comunidade constituem-se em porta de entrada para esse tipo de programa, o qual se propõe a cuidar não apenas da doença, mas da população como um todo, levando em conta as reais necessidades da comunidade.⁶

Esse contexto tem possibilitado à enfermagem avanços no saber e no fazer, mediante a construção de um espaço assistencial ímpar para o enfermeiro, percebendo-o como um profissional fundamental e essencial na execução e seguimento das ações de saúde, envolvendo desde as intervenções diretas a partir da consulta e prescrição de medicamentos até as intervenções indiretas, como no fenômeno da educação em saúde para a população.^{7,8}

Entretanto, o papel do enfermeiro na estratégia saúde da família vem sendo submetido a impasses e desafios, especialmente no que diz respeito à sua atuação, divisão de responsabilidades, condições de trabalho, relações interdisciplinares, políticas salariais, acesso à qualificação e indefinição de vínculo

empregatício. Na realidade, por vezes, assume responsabilidades e funções além dos recursos que disponibilizam para sua prática, acumulando atribuições que interferem na qualidade do serviço e no desenvolvimento das atividades.^{9,10}

Pressupõe-se neste estudo que o enfermeiro ainda tem dificuldade na priorização de suas atividades e destina mais tempo àquelas de caráter administrativo em detrimento daquelas de caráter assistencial e educativo.

Cabe aqui questionar: como os profissionais de uma equipe da saúde da família percebem suas próprias ações e dos demais integrantes da ESF, na atenção primária à saúde do hipertenso? E, mais especificamente, como percebe o papel do enfermeiro nesse contexto?

Este estudo traz um recorte da atenção primária na Estratégia Saúde da Família, por meio das falas de seus protagonistas, ou seja, dos profissionais que compõem a equipe de saúde da família em uma determinada cidade do interior do estado de São Paulo, sobre as ações que desenvolvem ao portador da hipertensão arterial sistêmica. Evidenciam-se também nesta pesquisa as percepções dos mesmos sobre o trabalho do enfermeiro nas ações programáticas.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este estudo é fruto de uma iniciação científica, realizado voluntariamente por alunas de graduação em enfermagem de uma instituição privada de ensino. De caráter descritivo, adotou a abordagem qualitativa para coleta e análise dos dados. O interesse maior é descobrir quais são as percepções da equipe sobre o seu próprio trabalho e dos demais membros nas ações de vigilância à saúde do portador de hipertensão arterial sistêmica. O estudo pretendeu estimular o pensamento científico a partir do aprofundamento de um problema observado no cotidiano, sendo mapeados, analisados e interpretados aspectos ligados a determinada população.¹¹ Nessa perspectiva, para construir um conhecimento a partir do empirismo, cumpriram-se etapas sistematizadas, em que aspectos psicossociais de um grupo delimitado foram priorizados com a utilização de uma abordagem qualitativa.¹²

Os pesquisadores limitaram o estudo para uma equipe de saúde da família de uma cidade do estado de São Paulo, tendo em vista o objetivo proposto e a complexidade da análise desses dados numa abordagem qualitativa. Foram convidados seis profissionais individualmente, que trabalham numa mesma equipe de saúde da família há mais de seis meses, que são os seguintes: um enfermeiro, um médico generalista, um auxiliar de enfermagem e três agentes comunitários. Para a apresentação das falas selecionadas utilizou-se a letra M para médico, E para enfermeira, AE para auxiliar de enfermagem, AG1 para agente comunitária 1, AG2 para agente comunitária 2 e AG3 para agente comunitária 3.

O local escolhido para a realização das entrevistas, por todos os participantes, foi a própria unidade de saúde da família, por acharem o local mais reservado. As entrevistas tiveram a duração média de 30 minutos cada uma e foram realizadas todas no mesmo dia, após as 13 horas. Todos foram muito colaborativos e não manifestaram algum desconforto durante a realização das entrevistas quando foram gravadas as suas falas.

Foram feitas duas perguntas aos pesquisados: como você descreve as ações de vigilância à saúde, ao portador de hipertensão arterial sistêmica, realizadas por você e pela equipe? Como você percebe o trabalho do enfermeiro na equipe? Os dados foram coletados entre os meses de setembro e outubro de 2009.

Os procedimentos preservaram os princípios éticos, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e cumpriu as seguintes etapas: autorização da instituição escolhida para a pesquisa; análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE – 3470.0.000.251-09, parecer nº: 541/09; e a assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido pelos sujeitos convidados.

Para os procedimentos de análise dos dados obtidos, foram transcritas as falas, destacando-se as partes mais importantes. Em seguida selecionaram-se os trechos semelhantes ou completamente distintos.

Optou-se pela análise de conteúdo (AC), que se traduz como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por meio de procedimentos sistematizados e objetivos, a descrição de conteúdo das mensagens e indicadores (qualitativos ou não), que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens. Entre as várias modalidades de AC conhecidas, a análise temática pareceu a mais apropriada para este estudo, a qual consiste na identificação de núcleos de sentido que têm relação com o objeto de estudo escolhido. Esses núcleos de sentido são, então, relacionados às características comportamentais ou outras estruturas relevantes apreendidas no discurso.¹²

Foram gerados dois núcleos temáticos nesta pesquisa, que traduziram o significado das falas e que envolviam os objetivos propostos da pesquisa, que são as seguintes: das intenções, ações e limitações da equipe de saúde da família na assistência aos hipertensos e contexto das ações do enfermeiro.

O exame dos dados foi debatido à luz dos pressupostos da ESF e da literatura consultada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entende-se que o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar na Estratégia Saúde da Família (ESF) aos portadores de HAS visa à efetivação da integralidade em saúde no sentido de possibilitar uma atuação em saúde mais contextualizada, resolutiva na perspectiva da corresponsabiliza-

ção de trabalhadores, usuários e suas famílias. As ações devem ser comuns a todos no planejamento e na promoção à saúde (ações educativas em relação à mudança do estilo de vida, fatores de risco e produção de material educativo), no treinamento de profissionais, no encaminhamento a outros profissionais, quando for necessário, nas ações assistenciais individuais e em grupo, na participação em projeto de pesquisa e no gerenciamento do programa. A ESF propõe-se a superar práticas estritamente curativas, fragmentadas, em que predominam a preocupação e a realização de procedimentos, utilização de equipamentos e reprodução de normas preestabelecidas, como o cuidado em si, que muitas vezes não atendem às necessidades de saúde das famílias e usuários.^{13,14}

Tendo em vista os pressupostos descritos, as falas dos sujeitos foram analisadas e discutidas destacando-se as visões que os profissionais apresentam sobre o funcionamento da equipe na atenção à saúde do hipertenso e, mais especificamente, ao papel do enfermeiro.

DAS INTENÇÕES, AÇÕES E LIMITAÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ASSISTÊNCIA AOS HIPERTENSOS

Para o profissional médico, fica caracterizado, por meio de sua fala, que o trabalho realizado pela equipe envolve medição de pressão, atendimento de consultório e orientações sobre medicamentos, alimentação, atividades físicas e uso de álcool e tabaco. Assume a liderança das ações quando valoriza o exame clínico primordialmente em consultório:

Além de toda a consulta e requisição de exames, rastreamentos todos relacionados, de acordo com o protocolo da secretaria. E função lipídios, glicemia, função renal, exame de urina sempre estamos pedindo para todos os hipertensos. As orientações quanto a medidas não farmacológicas não modificam. Atividades físicas, alimentação, redução do sal da comida, diminuição da bebida alcoólica, tudo a gente aborda. Diminuição do fumo, se possível, tabagismo e, além disso, todas as comorbidades. Obesidade, a gente orienta uma atividade física com perda de peso, diabetes, etc. São essas as ações mais em consultório [...]. (M).

Observa-se que a atenção desse profissional é exclusiva para as intervenções que tratam das questões fisiopatológicas, do corpo físico, protocolados pelo programa de saúde.

Neste sentido, o estudo mostrou na subjetividade da fala que o trabalho do médico ainda permanece distante da equipe, quando desconsidera a integração dos profissionais para a elaboração de estratégias de intervenção compartilhado. Deixa claro que suas ações limitam-se a abordar ações individualizadas e des-

considera a importância de um planejamento coletivo e personalizado, apesar de seguir corretamente as ações preconizadas.

Quando menciona o trabalho da enfermeira e da auxiliar de enfermagem, o faz sem distinção, descontextualizada do programa. Ou seja, o atendimento da busca espontânea para aferição da pressão arterial é feita lá na frente, referindo-se à recepção do serviço de saúde, mas como numa extensão do consultório, sem citar a importância da sistematização e organização do atendimento: "A gente mantém um controle periódico lá na frente com os auxiliares e enfermeira, de estar medindo regularmente a pressão desses pacientes que vêm de forma espontânea, na recepção" (M).

Compreende-se que a saúde da família pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com mais horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando mais autonomia e criatividade dos agentes e a maior integração da equipe.^{14,15} Porém, quando o médico relata o trabalho da equipe e das agentes comunitárias, utiliza o verbo ajudar, atribuindo um papel bem limitado a essa profissional, reservando-lhes o trabalho de meras ajudantes, como se segue:

Partindo do diagnóstico e as medidas que a gente realiza no consultório, na sala de enfermagem, da recepção e das auxiliares e a orientação nas casas que os agentes comunitários ajudam nas visitas, orientando quanto à importância das medidas (M).

Segundo o médico, cabe a ele tratar as pequenas urgências na própria unidade. Além disso, para os casos mais complicados, ele faz um encaminhamento ao serviço terciário de saúde, observado na fala a seguir:

A gente também encaminha os pacientes, dependendo se eles além da doença da hipertensão arterial tiverem uma complicação no órgão-alvo, encaminhamos para a unidade terciária. Atendemos as pequenas urgências hipertensivas aqui, tratamos com medicamentos aqui mesmo e tentamos controlar (M).

O caráter biologicista predominante na fala do médico confirma que as práticas curativas persistem e bloqueiam a possibilidade de uma lógica de trabalho que valorize as subjetividades e as singularidades dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho.

Pesquisa realizada por Krug *et al.*¹⁵ revela dificuldades de diálogo e de estabelecimento de um plano de ações em comum, a equipe ainda segmentada por núcleo profissional, prevalecen-

do a maior valorização do profissional médico, tanto por parte da população, que faz essa solicitação, quanto das equipes que se organizam, tendo este como centro de referência.

Quanto às dificuldades vivenciadas na realidade da unidade de saúde, o médico levanta duas questões: a ausência de um trabalho específico com crianças hipertensas, que estão sem tratamento específico, e a dificuldade em dar continuidade às ações de cunho educativo para hipertensos.

Percebe-se que houve algumas iniciativas tímidas na busca de ações direcionadas para a promoção e prevenção da saúde, mas não tiveram continuidade, possivelmente pela falta de integração da equipe, que se evidencia no trecho abaixo:

A gente tem alguns grupos que tem abordado. Grupo de gestantes, um grupo que começou, mas não durou muito, mas também envolvia medida de pressão arterial. Grupo de saúde na praça, a gente pegava todos os alunos da comunidade, os médicos e ia lá na praça para fazer aquela medida de saúde coletiva, ver pressão, orientação e distribuição de panfletos. É mais no nível de divulgação da importância da hipertensão arterial na saúde das pessoas (M).

A ESF não está voltada para a atenção exclusiva a grupos específicos da população, mas sim trabalha com o princípio da vigilância à saúde, apresentando como uma de suas características a atuação inter e multidisciplinar. As equipes que trabalham nesse programa devem estimular a organização da comunidade, para que ela se torne corresponsável pelas ações ali desenvolvidas.¹⁵

A fala sobre o programa, centrada na importância nas atividades desse profissional que valoriza apenas os aspectos curativos e assistencialistas, denuncia a dificuldade do trabalho de equipe, fundamento da saúde da família. A integração da equipe não foi mencionada, bem como a importância das ações integradas dos profissionais, para a promoção da saúde e qualidade de vida da população hipertensa.

Esse fato corrobora estudo de Kell e Shimizu¹⁶, em que os sujeitos da ESF representam o trabalho em equipe como a união dos integrantes, na busca de um objetivo comum. Por outro lado, o processo de trabalho é fragmentado e parcelado, pois as atividades se realizam de forma isolada ou compartilhada, mas não interativa ou integrada. A ausência de articulação das ações dificulta que as equipes encontrem espaços para um projeto assistencial, que atenda às necessidades mais amplas da família e do usuário.

Numa mesma perspectiva, a agente comunitária de saúde relata que o trabalho de acompanhamento mensal dos hipertensos é feito principalmente por eles nas visitas domiciliares:

A única ação é assim, as visitas que os agentes comunitários fazem mensalmente procurando mostrar pra eles

da importância de estar sempre aferindo a pressão, indo às consultas de rotina, tomar medicação certinha, fazer um controle alimentar, fazer uma atividade física. É mais nós que falamos mensalmente com eles! (AG1).

Os agentes preocupam-se com a falta de adesão dos portadores de hipertensão arterial sistêmica aos grupos terapêuticos, mas valorizam a importância dessa intervenção.

Mencionam a existência do grupo de reeducação alimentar que, segundo a agente pesquisada, também ajuda no acompanhamento dos hipertensos, complementando seu trabalho, mas que o funcionamento ainda é precário:

Atualmente nós não estamos com grupo. A vontade é grande em ter grupos. Já foi realizado no começo do núcleo, já foi tentado fazer, só que não teve adesão. Sempre tem adesão das mesmas pessoas e hoje não temos grupo para hipertensão (AG1).

Não tem grupo aqui no núcleo, não tem adesão para o grupo. A única coisa que está tendo de grupo, que eles buscam um pouco, dar uma puxadinha, é o grupo de reeducação alimentar, pra controlar a alimentação, e aí eles falam da importância do exercício físico e então ajudam a gente nisso, mas falar que tem grupo só pra isso não! (AG2).

A expressão "fazer promoção" é muito utilizada por essa profissional, quando fala sobre as orientações que realiza no domicílio dos hipertensos: "Eu, assim, nas minhas visitas, eu procuro fazer a promoção com os hipertensos. A cada três meses passar em consulta, fazer exercícios físicos, controlar a alimentação" (AG2).

O agente comunitário revela a importância de seu trabalho, no contato direto que faz com as pessoas da comunidade durante a visita domiciliar. Não menciona o trabalho dos outros profissionais da equipe ou mesmo a importância das ações integradas para a melhoria da qualidade de vida do hipertenso. A promoção é traduzida com informações e aconselhamento sobre o controle dos fatores de risco da hipertensão. Ou seja, a promoção da saúde confunde-se com a prevenção. Percebe-se nessa fala também o olhar fragmentado da agente, sem a sustentação de intervenções planejadas e sistematizadas. A preocupação é com o cuidado individual, fora do contexto da comunidade, que não foi mencionada nas entrevistas.

O que difere a prevenção e promoção está no olhar sobre o conceito de saúde. Na prevenção, a saúde é vista simplesmente como ausência de doenças, enquanto na promoção a saúde é encarada como um conceito positivo e multidimensional, resultando desta maneira em um modelo participativo de saúde em oposição ao modelo médico de intervenção.¹⁶

A família e a comunidade constituem-se em porta de entrada para esse tipo de programa, o qual se propõe a cuidar não apenas da doença, mas da população como um todo, levando em conta as reais necessidades da comunidade.¹⁵

A visita domiciliária (VD) é historicamente um dos instrumentos básicos da intervenção de enfermagem no cuidado das famílias e comunidade. Sua efetivação se deu na atenção primária à saúde com a implantação da ESF. Os profissionais de saúde, entre eles os agentes comunitários, utilizam-se de um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção e promoção da saúde, no processo de educação em saúde. A VD atinge o cotidiano das pessoas, uma vez que compreender os fatores condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde. O estudo identifica os benefícios da VD, como redução de custos na saúde, aproximação com indivíduo e família, a escuta atenta, o conhecimento da realidade de vida das pessoas e a identificação de riscos no domicílio. Porém, destacam as dificuldades, como falta de preparo dos profissionais, inexistência de materiais, insuficiência de tempo e falta de treinamento.¹⁷

Os agentes dão ênfase ao trabalho de visita domiciliar e ao seu trabalho:

O agente comunitário vai até a residência, conhece a família. Nós temos o primeiro contato para fazer o cadastro. A gente já descobre as doenças e se já é hipertenso, já verifica se ele toma medicação, quais são as medicações, quando é a última consulta, se faz atividade física. A dieta a gente não pergunta assim: faz dieta alimentar? A gente fala assim: como é sua alimentação? E já pergunta: linguíça, enlatados, mortadela, essas coisas, pra já estar cuidando mesmo da hipertensão da pessoa (AG2).

Para esse profissional, o trabalho dos agentes comunitários é essencial para o diagnóstico e acompanhamento de pessoas hipertensas: "Nós temos o primeiro contato para fazer o cadastro [...] Orienta o atendimento do núcleo, já é marcado. Ele já vem aqui marcar consulta, pra estar fazendo sua dieta certinha" (AG1).

No entanto, para o profissional auxiliar de enfermagem, o trabalho com hipertensos se resume nas consultas médicas e na realização de curva pressórica, além das orientações das agentes comunitárias: "Acho que aqui nessa unidade, no momento, a gente tem mais as consultas médicas, e faz a curva pressórica desses pacientes. Aí existem as orientações das agentes comunitárias" (AE).

Diferente dos outros profissionais, a auxiliar de enfermagem não relata dificuldades no trabalho realizado com os hipertensos.

Além disso, a auxiliar de enfermagem foi a única que não colocou o seu trabalho como relevante no tratamento aos hipertensos.

As ações essencialmente técnicas e fragmentadas do profissional auxiliar de enfermagem na unidade de saúde, com todos os usuários que buscam o atendimento, denotam o seu distanciamento da equipe e a falta de integração aos problemas dos portadores de hipertensão, reforçando a ideia de que o atendimento personalizado é feito pelas agentes e os procedimentos técnicos pelo auxiliar e pelo médico.

Santos e Matumoto¹³ evidenciaram que o vínculo e o acolhimento propiciam a aproximação dos profissionais com os usuários, família e comunidade, por meio da comunicação e do relacionamento entre estes, o que contribui no processo de trabalho da equipe e traz benefícios à produção do cuidado. Para os autores, o diálogo propicia a tentativa de viabilizar a resolução das demandas trazidas pelos usuários.

Nosso estudo aborda um processo de omissão inconsciente e equivocada sobre as atribuições do auxiliar de enfermagem para com essas dimensões do cuidar na ESF, possivelmente construída historicamente por uma formação tecnicista.

Já a enfermeira assim descreve o seu trabalho com os hipertensos:

Nós fazemos a curva pressórica, que é uma coisa importante, porque faz o controle da pressão arterial das pessoas. Não é uma simples medição de pressão. Você vai fazer toda a orientação, uso de medicação, o correto uso de medicamentos, alimentação, atividade física, tratamento não medicamentoso. Faz o preenchimento do HIPERDIA, que também é o momento que você pode fazer várias orientações e várias avaliações de IMC, de circunferência abdominal, que são coisas importantes para a gente pensar numa síndrome metabólica (E).

Observa-se que essa profissional conhece e reconhece as ações preconizadas para a equipe e que são relevantes para o funcionamento do programa.

Ao contrário do médico, que coloca as agentes comunitárias como meras ajudantes nas visitas domiciliares, a enfermeira reconhece esse trabalho como porta de entrada dos pacientes no serviço:

Tem as visitas dos agentes comunitários, que, aliás, é a primeira fase de tudo isso, que identifica normalmente as pessoas ou porque referem que têm algum tipo de sintoma. O agente faz o encaminhamento para cá, onde é feito o diagnóstico (E).

A enfermeira questiona as atividades desempenhadas pela enfermagem e confronta com aquelas das consultas médicas, o que, aparentemente, é uma dificuldade

de sentida no trabalho: "Nas orientações nem sempre é a gente que faz as curvas ou o HIPERDIA, são coisas mais que a enfermagem faz, mas não é para nós" (E).

Para ela, fica a dúvida de que as ações realizadas pela enfermagem são de fato pertinentes a esse profissional. Subtende-se que seriam intervenções médicas.

Embora as atribuições técnicas de cada profissional estejam definidas, em documento específico da Estratégia Saúde da Família, pelo Ministério da Saúde, essas atribuições, que buscam definir um perfil mínimo de atuação, não têm sido suficientes para um trabalho em saúde compartilhado.^{9,10}

Nenhum dos profissionais entrevistados mencionou a realização de reuniões para a discussão do programa e organização do trabalho. As preocupações no cumprimento das atividades que são preconizadas prevalecem nas falas, em detrimento de uma assistência integral. Observa-se também o distanciamento das intenções e das ações, que imobiliza a equipe e os possíveis avanços, por questões que ainda não foram reconhecidas ou discutidas pelo grupo.

CONTEXTUALIZANDO AS AÇÕES DO ENFERMEIRO

A realidade do trabalho dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família nem sempre corresponde às atribuições previstas e muitas vezes esse profissional acaba assumindo responsabilidades e funções além dos recursos que disponibilizam para sua prática, acumulando tarefas que interferem na qualidade do serviço e no desenvolvimento das atividades.^{18,19}

Observa-se essa situação também neste estudo. Médico, auxiliar de enfermagem e as agentes comunitárias, enfim, todos os componentes da equipe relatam que a enfermeira é uma profissional bastante presente e participativa. Na visão da equipe entrevistada, a profissional enfermeira realiza muitos afazeres no programa, porém nada foi mencionado em relação às ações desenvolvidas à população hipertensa, diferente da visão da enfermeira, como se segue:

A enfermeira aqui no núcleo é uma pessoa muito bacana, ela está sempre presente [...] atualmente a parte burocrática está sendo muito grande, então não está tendo jeito de fazer grupos, mas atende puericultura também intercalado com o médico, colhe também citologia [...]. Ela é supervisora dos auxiliares de enfermagem, das agentes comunitárias. É bem participativa, faz visita também quando solicitada por alguém da equipe [...] (AG1).

[...] ela agora está participando do PET, que é um programa novo [...] ela chegou a participar de territorialização e que

agora isso está um pouco mais dividido, mais com as agentes, mas ela é bem participativa, não só dentro da equipe (AG2).

[...] ela faz o primeiro atendimento lá à gestante, ela faz planejamento familiar em relação à mulher e colhe citologia, [...] Papanicolau, a pressão, glicemia, faz cuidado ao bebê, puericultura, primeiro atendimento do bebê, a visita domiciliar também (AG3).

A enfermeira acaba ficando com toda a parte administrativa, com a parte de chefia. Ela tem os atendimentos que ela faz, a puericultura, planejamento familiar, pré-natal, os testes de gravidez também são realizados por ela. Ela acaba ajudando muito no atendimento da recepção, atendimento de porta. Toda intercorrência que a gente tem se reporta a ela (AE).

Compreende-se que a saúde da família pode abrir-se para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com mais horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando mais autonomia e criatividade dos agentes e mais integração da equipe. Este é um dos grandes desafios que se impõe para as equipes de saúde, que vêm se inserindo na saúde da família. Se essa integração não ocorrer, corremos o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos. Para a construção do projeto de saúde da família, é necessário que a equipe construa um projeto comum e, para tal, os trabalhos especializados de cada profissional se complementam e os agentes podem construir uma ação de interação entre trabalhadores/trabalhadores e entre estes e os usuários.^{19,20}

Apesar de somente médico e enfermeira terem se restringido ao trabalho com hipertensos para relatar qual o trabalho da enfermagem (não sendo este, propriamente, um ponto divergente entre os profissionais), somente o médico e a enfermeira também levantaram a não implantação do atendimento de enfermagem específico aos hipertensos, sendo indicado, ainda, pela enfermeira, que há uma sistematização nesse sentido.

Observa-se que nas ações desenvolvidas pela enfermeira, segundos as falas dos entrevistados, a parte burocrática, as ações e programas desenvolvidos acabam por impedi-la de realizar ações direcionadas para a população hipertensa, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

A gente ainda não conseguiu implantar. Tem um protocolo montadinho, mas montar aqui, alguns núcleos fazem consulta de enfermagem de hipertensos e diabéticos (E).

Ajuda bastante na recepção também. Quanto ao atendimento direto, é o ponto que parece que ela pensa em participar nos atendimentos também. Porém, ainda não iniciou o acompanhamento frequente em hipertensos e diabéticos. Tem esse traquejo ainda, mas em geral sabe da importância. Está sempre participando e orientando para o pessoal que vem aí medir a pressão (M).

Constata-se que a enfermagem tem evoluído em sua prática e em suas conquistas, podendo orientar, solicitar exames e prescrever medicamentos em programas de saúde pública, como na Estratégia Saúde da Família, o que resulta em mais responsabilidades, exigindo do enfermeiro uma preparação adequada para executar suas funções.¹⁰

Por outro lado, apesar das práticas educativas, por exemplo, constituírem-se parte importante tanto das atividades dos enfermeiros quanto da proposta da Estratégia Saúde da Família, muitas dessas práticas ainda estão voltadas apenas para a transmissão de conhecimento e mudanças de hábitos, estando longe de serem implementadas como metodologias participativas, entendidas como parte de um processo educativo.¹⁸

Assim, historicamente, as práticas curativas, preventivas e administrativas ainda prevalecem na profissão de enfermagem e parecem estar relacionadas também às atividades essencialmente desenvolvidas pelos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família.

É indiscutível que a ESF contribui para a melhoria do acesso da comunidade aos serviços básicos de saúde. Além disso, tem modificado lentamente o modelo de atenção ao aproximar o serviço de saúde da população e introduzir noções de prevenção e promoção da saúde da família. Também parece ser imprescindível tomar como objeto os problemas de saúde e seus determinantes, com ações que incidam sobre as causas, como condições de vida, trabalho e lazer do portador de hipertensão arterial sistêmica. Evidencia-se a necessidade de melhorar as práticas relativas à gestão do serviço por todos os atores envolvidos no processo – médico, agentes, auxiliar, enfermeiros e usuários. Essa melhora consiste na habilidade de avaliar os problemas encontrados e prover os recursos necessários a fim de garantir a integralidade da atenção, por meio de redes assistenciais, respeitando-se a interdependência entre atores e organizações, uma vez que nenhuma delas possui a totalidade dos recursos necessários para a resolução dos problemas de uma população em seu ciclo de vida.

Consideramos que a unidade produtora dos serviços de saúde não é um profissional isoladamente, mas sim a equipe; que o foco central de atenção não é o indivíduo exclusivamente, mas a família e seu entorno; que as intervenções necessárias para proporcionar o cuidado à saúde devem sustentar-se no conhecimento que contemple as determinações biopsicossociais da saúde, doença e cuidado e na autonomia e responsabi-

lização dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade; a assistência à saúde passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade e multiprofissionalidade são necessárias.^{9,14,20}

Cabe ainda observar que, nesta última fala do médico quanto às atividades realizadas pela enfermeira, há novamente a ideia de que a enfermeira o auxilia porque tem *traquejo*, que pode *participar nos atendimentos*, mas *ainda não iniciou*. Aqui vem novamente a ideia de que o centro da equipe é o médico, tendo como auxiliar direto a enfermeira, auxiliada pela auxiliar de enfermagem; e, na ponta da equipe, como um complemento, as agentes comunitárias.

Contrária a essa visão é a da enfermeira, que tem claro que a porta de entrada para os pacientes do serviço de saúde são as agentes comunitárias, que nas visitas domiciliares fazem o primeiro contato com as famílias. Além disso, detectam as necessidades de encaminhamento ao serviço, dando as primeiras orientações para um serviço mais aprofundado, que será realizado pela equipe como um todo, sem centralizações de saberes, mas em um trabalho compartilhado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ESF em estudo tem dificuldades no desenvolvimento da atenção primária à saúde ao portador de hipertensão arterial sistêmica, pois ainda não há uma visão clara por parte de cada integrante da equipe sobre o processo de trabalho para a integralidade das ações. As atividades são fragmentadas e a importância de cada profissional na cadeia de eventos é relativa.

Percebem-se algumas iniciativas tímidas na busca de ações direcionadas para a promoção e prevenção da saúde, mas sem ter continuidade, provavelmente relacionada à falta de integração da equipe ao processo de trabalho, com possível sobrecarga de atividades no cotidiano da unidade básica.

Percebe-se que cada profissional denota uma visão parcial tanto do programa de saúde da família como de seu próprio papel no cenário de atuação no trabalho em equipe.

Especificamente quanto ao papel do enfermeiro, pôde-se inferir uma sobrecarga de trabalho e de responsabilidades na ESF, com tarefas administrativas que dificultam sua atuação em atividades educativas na prevenção de doenças. A realidade do trabalho dos enfermeiros em Estratégia Saúde da Família é diversa das atribuições previstas e, por vezes, acaba assumindo responsabilidades e funções além dos recursos de que disponibilizam para sua prática, acumulando atribuições que interferem na qualidade do serviço e no desenvolvimento das atividades.

Embora as atribuições técnicas de cada profissional estejam definidas em documento específico da Estratégia Saúde da Família, pelo Ministério da Saúde, essas atribuições que buscam definir um perfil mínimo de atuação não é suficiente para um tra-

balho em saúde compartilhado. E essa dificuldade parece contribuir muito para dificultar o cotidiano do enfermeiro, que acaba por destinar mais tempo às atividades de caráter administrativo em detrimento daquelas de caráter assistencial e educativa.

REFERÊNCIAS

1. Nogueira D, Faerstein E, Coeli CM, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2010; 27:103-9.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(1-supl.1):1-51.
3. Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006; 15:35-45.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Rabetti AC, Freitas SFT. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45:258-68.
6. Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. *Texto Contexto Enferm*. 2009; 18:313-20.
7. Carneiro AD, Morais GSN, Costa SFG, Batista PSS, Costa KC. Prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros do PSF: aspectos éticos e legais. *Rev Eletrônica Enferm*. 2008; 10:756-65. [Citado 2012 fev. 03]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a21.pdf>
8. Benigna MJC, Nascimento WG, Martins JL. Pré-natal no Programa de Saúde da Família (PSF): com as palavras, os enfermeiros. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11: 668-81.
9. Ferraz LNS, Santos AS. O Programa de Saúde da Família e o enfermeiro: atribuições previstas e realidade vivencial. *Saúde Coletiva*. 2007; 4(15): 89-93.
10. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40:727-33.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
13. Santos FPA, Nery AA, Matumoto S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. *Rev Escola Enferm USP*. 2013; 47:107-14.
14. Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15 (supl 1):1533-41.
15. Krug SBF, Lenz FL, Weigelt LD, Assunção AN. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. *Textos Contexto Enferm*. 2013; 9:77-88.
16. Shimizu HE, Rosales C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? *Rev Bras Enferm*. 2009; 62:424-9.
17. Sossai LCF, Pinto IC. A visita domiciliar do enfermeiro: fragilidades e potencialidade. *Ciênc Cuid Saúde*. 2010; 9:569-76.
18. Besen CB, Netto MS, Da Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. *Saúde Soc*. 2007; 16:57-68.
19. Carvalho AKM, Abreu RNDC, Moreira TMM, Diógenes MAR, Abreu AAC, Souza ACC, *et al*. Consulta de enfermagem na percepção dos portadores de hipertensão atendidos na estratégia saúde da família. *REME Rev Min Enferm*. 2011 jul/set; 15(3): 341-7.
20. Colomé ICS, Lima MADS, Davis R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42:256-61.