



REUFPI

Revista de Enfermagem da UFPI

ISSN 2238-7234

ORIGINAL / ORIGINAL / ORIGINAL

Chronic no communicable diseases: prevention and health promotion strategy in family health

Doenças crônicas não transmissíveis: prevenção e promoção de saúde na estratégia de saúde da família

Enfermedades crónicas no transmisibles: prevención y promoción de la salud

Adalvane Nobres Damaceno¹, Bruna Gheller², Teresinha Heck Weiller³

ABSTRACT

Objective: To understand which actions taken by the health team in a rural area with the Family Health Strategy for coping with Chronic No communicable Diseases. **METHODS:** This was a qualitative, descriptive exploratory study was done field research with application of a semi-structured instrument. **Results:** It was possible to prepare three categories, which were titled as: Shares of prevention and health promotion developed by staff, intervention and health impacts and perception of the professionals in the activities of diseases. **Conclusions:** promotion and prevention of health has been of great importance for the control of these diseases, along with health education that has enabled users to live more independently.

Descriptors: Chronic disease, Health Promotion, Rural population

RESUMO

Objetivo: compreender quais as ações desenvolvidas pela equipe de saúde em um território rural com Estratégia de Saúde da Família, para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório descritivo, foi realizada uma pesquisa de campo com aplicação de um instrumento semiestruturado. **Resultados:** Elaborou-se três categorias a partir das análises dos dados, sendo elas: Ações de prevenção e promoção em saúde desenvolvida pela equipe, Ações de intervenção e os impactos de saúde e, Percepção dos profissionais frente às atividades das doenças. **Conclusões:** as ações de promoção e prevenção de saúde tem sido de grande relevância para o controle destas doenças, juntamente com a educação em saúde que tem possibilitado aos usuários viverem de forma mais autônoma.

Descritores: doença crônica; promoção da saúde; população rural.

RESUMÉN

Objetivo: qué acciones se llevan a cabo por el personal de salud de la zona rural con la Estrategia de Salud de la Familia para hacer frente a enfermedades crónicas no transmisibles. **Métodos:** un estudio cualitativo exploratorio, descriptivo, investigación de campo con la aplicación de un instrumento semi-estructurado. **Resultados:** era posible preparar tres categorías: acciones de prevención y promoción de la salud desarrollado por el personal, la intervención y efectos en la salud y la percepción de los profesionales en las actividades de las enfermedades. **Conclusiones:** la promoción y prevención de la salud ha importancia para el control de estas enfermedades, junto con la educación de la salud que ha permitido a los usuarios ser más autónomo.

Descriptor: Enfermedad Crónica, Promoción de la salud, Población rural

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: adalvane.damaceno@yahoo.com.br

² Enfermeira pela pela Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: saudecoletivaenfermagemufsm@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela USP. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Email: weiller2@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A taxa de mortalidade mundial tem sofrido, ao longo das décadas, mudanças significativas. A Organização das Nações Unidas (ONU) estimou que cerca de 35 milhões de pessoas vieram a óbito por motivos de doenças crônicas, correspondendo ao dobro de mortes em relação às doenças infecciosas⁽¹⁾.

No ano de 2008, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as quais compreendem majoritariamente: doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças deste grupo, apareceram como principal causa de mortalidade no Brasil, acenando para a necessidade de uma assistência contínua por parte dos serviços de saúde, o que acarreta em um ônus progressivo, uma vez que o envelhecimento populacional, diretamente relacionado com as DCNT, é crescente⁽²⁻³⁾.

Dados do IBGE de 2008 apontam que 79,1% dos idosos com mais de 65 anos declararam-se portadores de pelo menos, uma das doze doenças crônicas selecionadas no senso.⁴ Essa alteração epidemiológica do cenário brasileiro é o reflexo das contínuas mudanças nos indicadores demográficos. A íntima ligação é explicada ao compreender que a partir de 1940 o país obteve um declínio em seus índices de mortalidade decorrentes do processo de industrialização, que não se limitou a deixar rastros somente no que tange ao desenvolvimento econômico, mas, que principalmente ocasionou uma substancial redução das taxas de mortalidade⁽⁴⁾.

Concomitante a isso, o país também registrou, mais tarde, queda nas taxas de fecundidade, propiciando desse modo, o envelhecimento da população e uma transição na estrutura de nossa pirâmide etária⁽⁵⁻⁶⁾. Também deparamo-nos com a Transição Nutricional que a vida moderna provocou, através do aumento gradual do sobrepeso e obesidade, devido à concepção de hábitos alimentares diferentes e do sedentarismo⁽⁷⁾.

A saúde, no século XX, no Brasil, foi norteada por políticas públicas embasadas no paradigma biomédico, limitando-se à dimensão biológica e individual. Fatos históricos como a 8ª Conferência Nacional de Saúde e posteriormente, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, são resultados concretos da Reforma Sanitária⁽⁸⁾. Desta forma, um modelo de atenção, significou para o Brasil, desenvolver novas práticas de saúde sanitárias que incorporem princípios e diretrizes do SUS⁽⁹⁻¹⁰⁾.

As DCNT tendo perfil de doença de longa duração requerem cuidado mais intenso e plano terapêutico adequado. Os usuários necessitam de acompanhamento rigoroso, e seu direito de acesso garantido, para que se possibilitem ações de educação em saúde, estimulando a autonomia dos sujeitos^(6,11).

Nesse novo cenário, é necessário uma relação dinâmica entre o usuário e profissional da saúde, a fim de garantir um acompanhamento individual e coletivo do processo saúde/doença. Espera-se com isso garantir ao usuário uma autonomia e empoderamento do seu estado de saúde. A fim de obter um melhor desempenho e colaboração no

processo de adesão ao tratamento, no controle e principalmente na prevenção destas moléstias^(6,11).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) proveio desta perspectiva, no ano de 1994, conferindo às Unidades de Saúde uma atuação multiprofissional e interdisciplinar⁽¹⁰⁾. A ESF tem sido considerada pelo Ministério da Saúde (MS) como a principal política reorientadora do modelo de atenção à saúde no país, buscando estabelecer vínculo⁽¹²⁾.

O MS tem desenvolvido políticas voltadas à prevenção e controle das DCNT nas ESFs, este cenário, possui papel relevante para o enfrentamento, pois além de tratar da atenção primária, sendo por vezes a porta preferencial de entrada do usuário, é incumbida de dar um *feedback* para a população se acaso esta depender também de outros níveis de atenção. Ao se analisar as experiências tanto nacionais como internacionais, referentes a políticas de promoção e prevenção de saúde de DCNT no Brasil, nota-se uma grande ênfase na intervenção de base comunitária e o papel protagonista dos serviços de atenção básica⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Neste contexto, faz-se necessário trabalhos que abordem as DCNT nas ESFs de localidades rurais, tendo em vista a baixa produção de informações sobre essa população no Brasil. Nestas áreas, a ESF assume responsabilidade redobrada, uma vez que essas comunidades enfrentam dificuldades no acesso aos serviços de saúde, gerando uma lacuna na assistência preventiva/promocional e curativa. O que reflete na qualidade de vida bem como nas condições de saúde dessas pessoas⁽¹⁵⁾.

É evidente o papel incumbido as ESFs nessas áreas, uma vez que representam, em sua maioria, a porta de entrada do usuário. Logo, torna-se possíveis resultados efetivos nos determinantes que levam as DCNT, por conseguinte, tendo impacto positivo na redução dessas moléstias. A partir disso, questiona-se: quais as ações desenvolvidas pela ESF para o enfrentamento das DCNT na comunidade rural de um, distrito do município de Santa Maria - RS? Este trabalho objetivou compreender quais as ações desenvolvidas pela equipe de saúde em um território rural com ESF, para o enfrentamento das DCNT.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório descritivo, que preocupa-se com um nível da realidade que não pode ser quantificada. Trabalhando-se com um universo de valores e atitudes, significados, representando assim o espaço mais profundo das relações⁽¹⁶⁾.

Ao abordar as pesquisas descritivas, relata que essas têm como objetivo primordial a descrição das peculiaridades de determinada população, fenômeno ou a existência de relações entre variáveis. A pesquisa exploratória é a mais adequada quando o tema abordado é raro explorado e torna-se complicado estabelecer hipóteses precisas e operacionalizáveis sobre o assunto⁽¹⁷⁾.

O estudo foi realizado em uma comunidade rural de um município da região central do estado do Rio Grande do Sul. Tal comunidade encontra-se a leste

do perímetro urbano, limita-se com outros dois municípios, possui uma área de 159,30 km², que equivale a 8,89% do município a que pertence que é de 1791,65 km. A economia do distrito está assentada na produção de arroz e soja, nas médias e grandes propriedades, além da produção de porongos para a fabricação de cuias. A comunidade conta com uma equipe de Estratégia da Saúde da Família (ESF) responsável pelo acompanhamento longitudinal da população sob responsabilidade municipal.

Os sujeitos do estudo foram 13 usuários portadores de DCNT pertencentes ao território de abrangência desta ESF e 5 membros integrantes da equipe da ESF. Os critérios de inclusão dos sujeitos neste estudo foram ser usuário e portador de DCNT da ESF em estudo, e aceitar participar do estudo mediante assinatura de Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE). Além de trabalhadores desta ESF que se encontraram no exercício de suas atividades durante o período de coleta e que não estejam afastados do trabalho por férias, licença saúde e/ou outra situação trabalhista.

A coleta dos dados aconteceu durante o mês de outubro de 2013, por meio da técnica de entrevista semiestruturada. A entrevista foi composta de questões fechadas para caracterização dos sujeitos e questões abertas referentes à temática em estudo para posterior análise dos dados. A entrevista semiestruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam a pesquisa e que em seguida oferecem amplo campo de interrogativas fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do entrevistado⁽¹⁶⁾.

Uma vantagem da entrevista, comparada a outras técnicas é que ela permite a captação rápida da informação. Permitindo também correções, esclarecimentos e adaptações que a tornam eficaz na obtenção das informações desejadas. Há ainda que se respeitar a cultura e os valores do entrevistado, pois o entrevistador deve desenvolver uma grande capacidade de ouvir atentamente e de estimular o fluxo natural de informações por parte do entrevistado, para que ele se sinta à vontade para expressar-se livremente⁽¹⁶⁾.

Os dados foram submetidos à análise temática⁽¹⁶⁾, que foi composta por três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Dessa forma, a análise dos dados deu-se primeiramente pela ordenação dos dados, em que foram transcritas as gravações, com posterior releitura do material e organização dos relatos. Posteriormente, os dados foram classificados, baseados em questões relevantes para a categorização dos mesmos. Na terceira etapa, procedeu-se a análise final, onde foram agrupados os dados e as referências teóricas do estudo para responder aos objetivos propostos.

A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) (parecer n. 05851712.3.0000.5346) e seguiu os preceitos éticos determinados pela Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que incluem entre outros, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o arquivamento das transcrições das entrevistas por um período de cinco anos.

Para manter o anonimato do sujeito, as pesquisas foram identificadas por meio de códigos, sendo identificados por códigos U1, U2, U3, ver U13, com numeração conforme realização das entrevistas, a letra “U” significou a palavra “usuário” e P1, P2, ver P5 com numeração conforme realização das entrevistas, a letra “P” significou a palavra profissional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Buscando responder a pergunta de pesquisa, a análise dos dados permitiu a construção de três categorias, são elas: Ações de prevenção e promoção em saúde desenvolvidas pela equipe de ESF; Ações de intervenção e os impactos de saúde; e Percepção dos profissionais frente às atividades de controle das DCNT.

Ações de prevenção e promoção em saúde desenvolvidas pela equipe de ESF

O SUS tem propiciado mudanças no âmbito dos serviços de saúde e do modelo de atenção em saúde. A prática da enfermagem passou por significativas mudanças, pois deslocou sua atenção profissional predominantemente da área curativa, individualizada vinculada as instituições hospitalares, para a produção de serviços em unidades básicas com destaque nas ações de promoção e prevenção de saúde, desenvolvidas pela equipe multiprofissional de saúde⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

As ações de prevenção e promoção da saúde desenvolvidas pela equipe de ESF são observadas nas falas dos entrevistados:

Além das orientações durante as consultas, a gente orienta também quando tem preventivo a gente fala sobre tudo, por que um dia a gente trabalha a saúde da mulher e também o nosso grupo, aqui na unidade, é de livre adesão, todo mundo é convidado e os encontros são mensais. (P1)

As visitas domiciliares também, que a gente orienta os pacientes. (P2)

Estudo realizado com enfermeiros de Unidades de Saúde da Família da Bahia identificou que para as enfermeiras o Programa de Saúde da Família (PSF) permite a implantação de um novo modelo de assistência que substitui o modelo hegemônico, por meio da adoção de novas práticas desenvolvidas pela equipe multidisciplinar, sendo a promoção de saúde o norteador das ações. Quando o PSF passa a ser considerado como a porta de entrada do sistema é exigido uma nova lógica do processo de trabalho diante do novo modelo que determina mudanças na política de saúde local, em busca de universalizar a atenção em saúde conforme preconizado pelo SUS⁽¹⁸⁾.

Torna-se importante compreender que a promoção de saúde constitui-se um modo de ver a saúde e a doença, e a sua abordagem pode trazer contribuições que ajudam a romper com o modelo biomédico. É necessário intensificar as ações de promoção no cotidiano dos serviços de saúde,

promover a autonomia das pessoas, indivíduos, profissionais, para que estes juntos possam compreender a saúde como resultante das condições de vida. Diante disso, para que os serviços promovam saúde é necessário que os profissionais compreendam e ampliem sua visão de promoção à saúde, incluindo-se como autores críticos e participantes do processo de construção e reformulação deste sistema⁽¹⁸⁾.

A prática de atenção básica de saúde, que envolve prevenção e promoção em saúde, pode ser identificada na fala de usuários entrevistados, ora analisada como: aferição da pressão da pressão arterial, controle de peso, entre outros:

Vê tudo: mede pressão, mede glicose. (U1)

E agora mesmo me pesei. Tudo eles fornecem aqui. (U2)

Eu participo, sou sócia do grupo da terceira idade. (U5)

Seguido estou aqui no posto, fazendo e mostrando exame. (U7)

O ESF nos municípios vem se constituindo como um instrumento de mudanças na atenção básica, um reflexo do novo modelo assistencial, ou seja, centrado não somente na cura da doença, sobretudo na intervenção de fatores de risco e na incorporação de ações programáticas para a promoção da qualidade de vida das famílias sob sua responsabilidade⁽¹⁸⁾.

Ações de intervenção e os impactos na saúde

Dentre as atribuições do PSF, surgem as ações educativas como ferramenta fundamental para incentivar a autoestima e o autocuidado dos membros das famílias, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e comportamentos⁽¹⁹⁾. O fragmento a seguir ilustra o depoimento de um usuário consciente de seu tratamento:

A gente tem que se cuidar muito, não pode comer fritura, não pode comer gordura e pão é mais aqueles de integral e nem fruta a gente pode comer bastante dizer come bastante vergamota e laranja ou coisa assim é umas duas só por dia. (U8)

A educação em saúde está ancorada no conceito de promoção da saúde, que trata-se de processos que abordam a participação de toda a população no contexto da vida no dia-a-dia e não somente das pessoas sob o risco de adoecer. Este cenário foi embasado em considerando a saúde como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, integrando aspectos físicos e mentais, ambiental e social⁽¹⁹⁾.

“Grupo” é compreendido no campo da atenção à saúde, como um espaço que articula as várias dimensões da vida humana: social, pois aproxima, agrega, compartilha e ou divide interesses e expectativas, constrói pessoas que constroem comunidades a estas; subjetiva, caracterizada pelos

afetos, emoções que também são conformados na realidade; sócio histórica, da existência individual e coletiva das pessoas, e por fim; a biológica, que resume no processo saúde doença, as múltiplas determinações constitucionais e genéticas, as relacionadas ao ambiente, além da atitude pessoal de cada um na forma como interage com o meio interno, físico e psíquico e externo⁽⁸⁾.

Ao articular estas diferentes dimensões, os grupos de educação em saúde constituem-se como espaços privilegiados para o empoderamento individual e coletivo. No relato abaixo, identifica-se a maneira que se dá a intervenção da equipe de saúde:

[...] a única atividade que a gente consegue fazer são as intervenções que a gente faz no grupo e aí o grupo vai da demanda das pessoas então não necessariamente e especificamente para hipertensivos e diabéticos, é um grupo que a gente faz de saúde ampliado. (P3)

Ao realizar atividades de grupo no processo de trabalho educativo assistencial da ESF, é oferecida a possibilidade para apoiar a participação da população nos serviços de saúde, porém isso exige que os profissionais reconheçam as diferentes dimensões e estratégias implicadas nesta atividade como a manutenção da realidade social e disciplinarização individual e coletiva ou crítica/problematização objetivando o empoderamento individual e coletivo para o exercício da cidadania⁽⁸⁾.

No contexto atual do SUS, a valorização da participação da população no controle social dos serviços recoloca o trabalho educativo realizado em grupos, por enfermeiros, em nova perspectiva, possibilitando organizar estratégias coletivas para o enfrentamento de adversidades no processo saúde-doença⁽⁸⁾.

A educação em saúde pretende ser uma aliada na conscientização, para a mudança, para a libertação, isso exige uma relação de proximidade entre os profissionais e a população. Nesta relação educativa, a produção do conhecimento vai ser coletiva, gerando uma modificação nas partes envolvidas, uma vez que ambos são portadores de conhecimentos distintos⁽¹⁹⁾.

Como processo político pedagógico a educação em saúde demanda o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras levando assim, o indivíduo a exercer sua autonomia e emancipação, enquanto sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o autocuidado¹⁹ como podemos observar a seguir:

Tudo, tudo certinho o Captopril® eu tomo 3 por dia, por que 2 de manhã com o café junto com o AAS com a Sinarizina® e depois de noite eu tomo outro Captopril®. (U9)

Percepção dos profissionais frente as atividades de controle das DCNT

Dentre as atividades de controle das DCNT, está o abastecimento dos programas da Atenção Básica, entre eles o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Em 1998, o Departamento da Atenção

Básica/Secretaria da Atenção à Saúde, em conjunto com o Departamento de Informática e Informação do SUS (DATASUS) implantaram o SIAB, que busca viabilizar a avaliação e o acompanhamento das metas e ações da ESF. O SIAB tem como característica dar suporte operacional e gerencial ao trabalho de coleta de dados realizado pelas equipes da ESF⁽²⁰⁾.

Nas falas a seguir podemos identificar que os profissionais fazem uso do SIAB como uma ferramenta de avaliação das ações realizadas pelos mesmos:

Ele ajuda no monitoramento dos dados, a gente fornece uma vez por mês todos esses dados, quantos hipertensos, quantos diabéticos foram atendido, sim esse número a gente tem. (P5)

Assim, os sistemas de informação em saúde tornam-se peça fundamental na ESF, pois tem a função de facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde sendo indispensável para a tomada de decisões, visando a melhoria da situação da população⁽²⁰⁻²¹⁾.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) criada em 2012, entre outras atribuições, regulamenta o exercício de cada uma das profissões dos membros da Atenção Básica visando à integralidade das ações em saúde. A partir do relato de um profissional entrevistado foi possível identificar o cotidiano de seu trabalho, e a partir de seu relato, observou-se a carência de um instrumento que avalie as ações tomadas perante os usuários hipertensos e diabéticos:

Eu faço a avaliação prática assim: nos exames, principalmente dos diabéticos e dos hipertensos. A gente não tem nada, nenhum instrumento, a gente até está pensando em montar. Eu controlo principalmente os hipertensos pelos níveis pressóricos, eu anoto nas fichas, nos prontuários. (P3)

Neste sentido, destaca-se a necessidade da criação de mecanismos que auxiliem os profissionais nas ações de cuidado frente às DCNT. Além disso, é necessário estimular os profissionais para a utilização de instrumentos já existentes, como é o caso do SIAB, a fim de melhorar a qualidade das informações e a consequente avaliação das ações em saúde.

CONCLUSÃO

A atenção primária à saúde assume um papel essencial na prevenção das DCNT e nas estratégias de controle. Para tanto, é necessário que se garanta o acesso universal e a proteção social dos usuários, além de reorganizar os serviços de saúde em torno das necessidades e expectativas da população.

A implementação de políticas públicas que levem a comunidades mais saudáveis e que integrem ações de saúde pública com as da atenção primária, mostra-se como uma aliada na construção de espaços que efetivem ações no enfrentamento as DCNT. Tudo isso, é consistente com a capacidade da atenção primária para tratar as doenças crônicas.

Neste sentido, pensa-se que a inclusão de ferramentas de avaliação de atenção primária, que permitam medir a capacidade da rede de atenção primária e, em geral, de toda a rede hospitalar para fornecer serviços de primeiro contato, com foco no indivíduo e por um longo período de tempo e, geralmente, uma atenção integral que atenda à maioria das necessidades de saúde da população, seja ela rural ou urbana, é de fundamental importância para a efetividade das ações em saúde. Isto é, efetivamente, coordenar a assistência prestada por outros serviços e níveis do sistema de saúde, proporcionar cuidados culturalmente consistentes e fornecer um link para abordagens comunitárias à saúde pública e promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital. 2005.
2. Achutti A, Azambuja MIR. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4, p. 833-840, 2004.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, DF, 2011.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção da saúde. Rio de Janeiro, RJ, 2010.
5. Alves JED, Vasconcelos DS, Carvalho, AA. Estrutura etária, bônus demográfico e população economicamente ativa no Brasil: cenários de longo prazo e suas implicações para o mercado de trabalho. Brasília: CEPAL. Escritório no Brasil, IPEA, 2010.
6. Nasri F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*, v. 6, 2008.
7. Malta DC et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.15, n. 1, p. 47-65, 2006.
8. Silva LS et al. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 62, n. 1, p. 86-91, 2009.
9. Costa GD et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 62, n. 1, p. 113-8, 2009.
10. OLIVEIRA, M. C. Os modelos de cuidados como eixo de estruturação de atividades interdisciplinares e multiprofissionais em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 3, p. 347-355, 2008.
11. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Comunicação Saúde Educação*, v.14, n.34, p.593-605, 2010.

12. Pessanha RV, Cunha FTS. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 18, n. 2, p. 233-40, 2009.
13. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro, SMR. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 7-17, 2012.
14. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de informática do SUS. Hiperdia - sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Manual de operação. Rio de Janeiro, RJ, 2002.
15. Silva PD. Acessibilidade e acesso dos usuários da zona rural aos serviços de saúde das Equipes de Saúde da Família do município de Pintópolis-MG. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2011.
16. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
17. Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
18. Nascimento MS, Nascimento MA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 2, p. 333-345, 2005.
19. Machado, MFAS et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.
20. Figueiredo LA et al.. Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da estratégia saúde da família do município de Ribeirão Preto, SP. *Caderno de Saúde Coletiva*, v. 18, n. 3, p. 418-23, 2010.
21. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2015/06/22

Accepted: 2015/08/13

Publishing: 2015/09/01

Corresponding Address

Universidade Federal de Santa Maria.
Departamento de Enfermagem
Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.
Email: weiller2@hotmail.com