UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ERNANDES GONÇALVES DIAS

**Adesão de idosos aos tratamentos da hipertensão arterial e as boas práticas de
cuidado na perspectiva da integralidade**

Ribeirão Preto
2018

Ernandes Gonçalves Dias

**Adesão de idosos aos tratamentos da hipertensão arterial e as boas práticas de
cuidado na perspectiva da integralidade**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção de título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Tecnologia e Inovação no Gerenciamento e Gestão em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Silvana Martins Mishima

Ribeirão Preto

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Dias, Ernandes Gonçalves

Adesão de idosos aos tratamentos da hipertensão arterial e as boas práticas de cuidado na perspectiva da integralidade. Ribeirão Preto, 2018.

155 p. : Il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Silvana Martins Mishima

1. Idoso. 2. Hipertensão. 3. Adesão ao tratamento. 4. Integralidade em saúde.
5. Boa Prática de Cuidados.

FOLHA DE APROVAÇÃO

DIAS, Enandes Gonçalves

Adesão de idosos aos tratamentos da hipertensão arterial e as boas práticas de cuidado na perspectiva da integralidade.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção de título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Dedico este trabalho a meus pais, Anaci e Joaquim, aos meus irmãos, Adenilson, Crislene e Jucilene, meus sobrinhos Felipe e Thiago, por apoiar e entender o valor que atribuo aos estudos e me sustentar em amor e orações durante todo esse percurso de formação.

Dedico a todos os profissionais, enfermeiros da Atenção Básica de Monte Azul - Minas Gerais, por dedicarem um pouco de seu tempo para colaborar com essa pesquisa.

Dedico ainda à minha orientadora, Prof^a Dr^a Silvana Martins Mishima, a quem sou muito grato, com ela partilhei cada avanço na construção desse trabalho. Nossas conversas durante e para além do WhatsApp e Skype foram fundamentais.

Para quem realmente se importa com meu sucesso, é dedicado esse trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me dado força, perseverança, sabedoria e inteligência para realizar essa especialização que tem seu ápice na concretização desse trabalho.

À Enf^a Weslla Sinara Soares Silva e Profa. Dra. Maria Lúcia do Carmem Cruz Robazzi, primeiras incentivadores dessa jornada.

Aos funcionários da Faculdade Presidente Antônio Carlos de Porteirinha, Faculdade Verde Norte e da Secretaria Municipal de Saúde de Monte Azul, por apoiarem e facilitarem minhas ausências para frequentar a pós-graduação.

À Universidade de São Paulo, em especial à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto por me proporcionar a melhor estrutura de aprendizagem.

À Profa. Dra. Silvana Martins Mishima por me acompanhar e conduzir durante toda formação no curso de mestrado, sobretudo na realização dessa pesquisa, muito me ensinou, contribuindo para meu crescimento pessoal e profissional.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) por meio do Projeto de Pesquisa *“Construindo possibilidades de intervenção na rede de atenção básica de saúde para qualificação das práticas de saúde e de enfermagem”*, processo nº 311219/2013-6, sob responsabilidade da Profa Dra Silvana Martins Mishima.

Muito obrigado a todos vocês!

“Eu me pergunto: o que as pessoas devem fazer para realizar seus sonhos? Hoje sei que para isso é preciso ter quatro “D”: Determinação, Dedicação, Disciplina e Desprendimento”.

Shinyashiki, 2007, p. 90.

RESUMO

DIAS, E. G. Adesão de idosos aos tratamentos da hipertensão arterial e as boas práticas de cuidado na perspectiva da integralidade. 2018, 155 f. Dissertação [Mestrado] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2018.

O interesse pelo tema emergiu da realização do Projeto de Extensão: “Envelhecimento e qualidade de vida: mente sã, corpo sadio”, implementado por este pesquisador no curso de Graduação em Enfermagem em uma Instituição de Ensino Superior em uma cidade no Norte de Minas Gerais, onde, em uma das linhas de trabalho: “Adesão ao tratamento de condições crônicas de saúde e qualidade de vida”, foi possível perceber que a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica é pouco trabalhada pelos profissionais de enfermagem e de pouca compreensão do usuário. O presente estudo teve como objetivo analisar as estratégias, consideradas como boas práticas de cuidados, utilizadas pelos enfermeiros na melhoria da adesão de idosos aos tratamentos da hipertensão. Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo sustentado pela perspectiva da integralidade da atenção, realizado com 11 enfermeiros atuantes na rede de Atenção Básica do Município de Monte Azul, Minas Gerais, Brasil. Os dados foram coletados no período de novembro de 2016 a janeiro de 2017 por meio da aplicação de entrevista semiestruturada audiogravada. Os dados foram transcritos e analisados mediante a Técnica de Análise Temática. Há sinalização, por parte dos enfermeiros, de várias ações que podem ser compreendidas como “boa prática de cuidados” na perspectiva da integralidade: quando atendem os idosos portadores de hipertensão, independente do motivo que os leva à Unidade de Saúde, e levam em consideração o fato de serem portadores de hipertensão arterial, assim como na valorização e reconhecimento do trabalho do Agentes Comunitários de Saúde, no planejamento das ações coletivas em equipe, na realização de visita domiciliar compartilhada com outros profissionais, na disponibilidade para ouvir o idoso em todo momento que este procura a Unidade de Saúde, nas ações de educação em saúde, na realização da classificação/estratificação de risco, no atendimento da demanda espontânea e programada, no ajustamento mútuo no processo de comunicação, entre outras ações. Os indícios de boas práticas de enfermagem identificados apontam que boas práticas de cuidados de enfermagem são construídas e processadas em um cenário complexo e dinâmico que precisa considerar elementos como a cultura, conhecimentos, comportamentos e atitudes do próprio idoso e da família. As boas práticas são amparadas por evidências científicas, têm relação com a segurança do paciente e a qualidade da assistência prestada. As boas práticas podem ser potencializadas tanto no trabalho individual como coletivo e ser processada por um profissional ou pela equipe multiprofissional, considerando-se a necessidade de saúde do usuário, as tecnologias disponíveis na Atenção Básica e na rede de atenção. As boas práticas se concretizam na assistência integral ao usuário e ampliam o leque de possibilidades para atuação do enfermeiro na assistência prestada na Unidade de Saúde, no território e em sua contribuição na rede de atenção. Portanto, para orientar a construção de Protocolos que se dirijam a boas práticas de cuidado para Enfermagem é necessário valorizar integralmente o sujeito, a equipe de profissionais da Atenção Básica, a rede de serviços e a capacidade de resolutividade do serviço.

Palavras-chave: Idoso. Hipertensão. Adesão ao tratamento. Integralidade em saúde. Boa prática de cuidados.

ABSTRACT

DIAS, E.G. Adhesion of the elderly to the treatments of arterial hypertension and the good practices of care in the perspective of integrality. 2018, 155 pp. Dissertation [Master's Degree] – Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, 2018.

Interest in the subject emerged from the realization of the Extension Project: "Aging and quality of life: healthy mind, healthy body", implemented by this researcher in the Nursing Undergraduate course at a Higher Education Institution in a city in the North of Minas Gerais, where, in one of the lines of work: "Adherence to the treatment of chronic health conditions and quality of life", it was possible to perceive that adherence to the treatment of Systemic Hypertension is little handled by nursing professionals and with little understanding of the user. The objective of the present study was to analyze the strategies, considered as good care practices, used by nurses in improving the adherence of the elderly to the treatment of hypertension. This is a descriptive, qualitative study supported by the perspective of integral care, carried out with 11 nurses working in the Basic Care network of the Municipality of Monte Azul, Minas Gerais, Brazil. Data were collected from November 2016 to January 2017 through the application of semi-structured interview audio recorded. The data were transcribed and analyzed using the Thematic Analysis Technique. There signaling by part in the nurses of several actions that can be understood as "good care practice" in the perspective of integrality: when they attend elderly bearers of arterial hypertension, regardless of the reason that leads them the Health Unit, and they take into account the fact of being bearers of arterial hypertension, as well as in the valuation and recognition of the work of the Community Health Agent, in the planning of collective actions as a team, in the realization of a shared home visit with other professionals, in the availability to listen to the elderly person at all times that the latter seeks the Health Unit, in the health education actions, risk classification / stratification, in the attendance of spontaneous and programmed demand, in the mutual adjustment in the communication process, among other actions. The evidence of good nursing practices identified indicates that good nursing care practices are constructed and processed in a complex and dynamic scenario that needs to consider elements such as the culture, knowledge, behaviors and attitudes of the elderly and the family. Good practices are supported by scientific evidence, have relation to patient safety and the quality of care provided. Good practices can be strengthened in both thus individual and collective work and be processed per one professional or for the team multi-professional, considering the user's health needs, the technologies available in Basic Care network and in the care in of attention. Good practices materialize in the integral assistance to the user and amplify the range of possibilities for nurses to act in the assistance provided in the Health Unit, in the territory and in their contribution in the care network. Therefore, to guide the construction of protocols that address good nursing care practices, it is necessary to fully value the bloke, the team of Basic Care network professionals, the service network and the service's resolving capacity.

Key words: Aged. Hypertension. Adherence to treatment. Integrality in Health. Good practice of care.

RESUMEN

DIAS, E.G. Adhesión de ancianos a los tratamientos de la hipertensión arterial y las buenas prácticas de cuidado en la perspectiva de la integralidad. 2018, 155 h. Disertación [Maestría] – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2018.

El interés por el tema surgió de la realización del Proyecto de Extensión: "Envejecimiento y calidad de vida: mente sana, cuerpo sano", implementado por este investigador en el curso de Graduación en Enfermería en una Institución de Enseñanza Superior en una ciudad en el Norte de Minas Gerais, donde, en una de las líneas de trabajo: "Adhesión al tratamiento de condiciones crónicas de salud y calidad de vida", fue posible percibir que la adhesión al tratamiento de la Hipertensión Arterial Sistémica es poco trabajada por los profesionales de enfermería y de poca comprensión del usuario. El presente estudio tuvo como objetivo analizar las estrategias, consideradas como buenas prácticas de cuidados, utilizadas por los enfermeros en la mejora de la adhesión de ancianos a los tratamientos de la hipertensión arterial. Se trata de un estudio descriptivo, cualitativo sostenido por la perspectiva de la integralidad de la atención, realizado con 11 enfermeros actuantes en la red de Atención Básica del Municipio de Monte Azul, Minas Gerais. Los datos fueron recolectados en el período de noviembre de 2016 a enero de 2017 por medio de la aplicación de entrevista semi estructurada audio grabada. Los datos fueron transcritos y analizados mediante la técnica de análisis temático. Hay señalización por parte de los enfermeros de varias acciones que pueden ser comprendidas como "buena práctica de cuidados" en la perspectiva de la integralidad: cuando atienden a los ancianos portadores de hipertensión, independientemente del motivo que los lleva a la Unidad de Salud, y toman en consideración el hecho de ser portadores de hipertensión arterial, así como en la valorización y reconocimiento del trabajo del Agente Comunitario de Salud, en la planificación de las acciones colectivas en equipo, en la realización de visita domiciliar compartida con otros profesionales, en la disponibilidad para oír al anciano en todo momento que éste busca la Unidad de Salud, en las acciones de educación en salud, en la realización de la clasificación/estratificación de riesgo, en la atención de la demanda espontánea y programada, en el ajuste mutuo en el proceso de comunicación, entre otras acciones. Los indicios de buenas prácticas de enfermería, identificados apuntan que buenas prácticas de cuidados de enfermería son construidas y procesadas en un escenario complejo y dinámico que necesita considerar elementos como la cultura, conocimientos, comportamientos y actitudes del propio anciano y de la familia. Las buenas prácticas son amparadas por evidencias científicas, tienen relación con la seguridad del paciente y la calidad de la asistencia prestada. Las buenas prácticas pueden ser potencializadas tanto en el trabajo individual como colectivo y ser procesadas por un profesional o por el equipo multiprofesional, considerando la necesidad de salud del usuario, las tecnologías disponibles en la Atención Básica y en la red de atención. Las buenas prácticas se concretan en la asistencia integral al usuario y amplían el abanico de posibilidades para actuación del enfermero en la asistencia prestada en la Unidad de Salud, en el territorio y en su contribución en la red de atención. Por lo tanto, para orientar la construcción de Protocolos que se dirijan a buenas prácticas de cuidado para Enfermería es necesario valorar integralmente al sujeto, el equipo de profesionales de la Atención Básica, la red de servicios y la capacidad de resolución del servicio.

Palabras clave: Anciano. Hipertensión. Adhesión al tratamiento. Integralidad en Salud. Buena práctica de cuidado.

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade em Monte Azul-MG para o ano de 2010.

Figura 1 - Fluxograma de identificação e distribuição das equipes pelas UBS e pontos de apoio da rede de AB do município de Monte Azul-MG.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 - Exemplo da matriz utilizada para a análise do material empírico.
- Quadro 2 - Características demográficas, de formação e da experiência de trabalho dos sujeitos da pesquisa. Ribeirão Preto, 2017.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANA	<i>American Nurses Association</i>
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS-I	Centro de Atenção Psicossocial I
CEAE	Centro Estadual de Atenção Especializada
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DIC	Doença Isquêmica do Coração
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOC	Normas de Orientação Clínica
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PA	Pressão Arterial

PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unimontes	Universidade Estadual de Montes Claros

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO: A CONSTRUÇÃO DO OBJETO E O SUPORTE TEÓRICO	19
1.1 A HAS como condição crônica em idosos	19
1.2 Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso pelo idoso	21
1.3 Boas de práticas de cuidado para adesão ao tratamento de idosos portadores de HAS	25
1.4 Boas práticas na perspectiva da integralidade.....	27
1.5 Integralidade, boas práticas de Enfermagem: desafios postos	32
2 OBJETIVOS	37
2.1 Objetivo geral.....	37
2.2 Objetivos específicos	37
3 O PERCURSO DA PESQUISA	38
3.1 Tipo de pesquisa.....	38
3.2 Campo da pesquisa	38
3.3 Critérios de seleção e participantes da pesquisa	41
3.4 A coleta de dados: a técnica e instrumento de coleta de dados	42
3.5 Organização e análise dos dados	44
3.6 Aspectos éticos.....	45
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47
4.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa	47
4.2 Território e a caracterização dos idosos.....	49
4.3 Organização para o trabalho na Unidade de Saúde	57
4.3.1 Acesso e acessibilidade aos serviços pelo idoso portador de HAS	58
4.3.2 Os motivos da procura pelo atendimento na Unidade de Saúde	60

4.3.3 O acolhimento do idoso na Unidade de Saúde	67
4.3.4 A conformação de uma rede de atenção para integralidade	69
4.3.5 Infraestrutura logística, física e de recursos materiais para o atendimento.....	76
4.3.6 O trabalho em equipe: estratégia para o acompanhamento integral ao idoso portador de HAS.....	79
4.4 Estratégias de acompanhamento e de adesão	90
4.4.1 A importância da educação em saúde na adesão do idoso ao tratamento da HAS.....	92
4.4.2 As tecnologias a favor do usuário na educação em saúde	99
4.4.3 Os problemas e possibilidades da adesão dos idosos portadores de HAS	103
4.4.4 A estratificação de risco: instrumento para identificação de vulnerabilidades, priorização e acompanhamento	108
4.4.5 As visitas domiciliares, as ferramentas e a busca de indicadores de adesão.....	111
4.4.6 Alternativas para vencer a resistência dos idosos: busca de empoderamento, autonomia do idoso e construção do vínculo	115
4.4.7 O papel da família no acompanhamento do idoso portador de HAS	120
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
REFERÊNCIAS.....	129
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Informado	144
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	146
APÊNDICE A – Roteiro para Entrevista Semiestruturada	149
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	154

APRESENTAÇÃO

Atualmente, este autor atua como docente na Faculdade Verde Norte e na coordenação da Atenção Básica (AB) no município de Monte Azul, desde janeiro de 2017. Desde o início da pós-graduação na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), em março de 2016, procurei me dedicar e envolver nas atividades oferecidas pela Escola nos dias que eu estava em Ribeirão Preto. Digo isto em consideração à distância de meu local de residência à Escola, eram aproximadamente 28 horas de viagem semanalmente entre ida e volta até a EERP-USP, para cursar as disciplinas obrigatórias ou não.

Apesar dos desafios, os momentos de estudos e pesquisa foram enriquecedores e prazerosos. As “Políticas Públicas e de Gestão em Saúde”, o “Método Científico”, a “Tecnologia, Inovação e Empreendedorismo em Saúde e Enfermagem”, a “Prática Baseada em Evidências na Saúde” e “Avanços Tecnológicos em Saúde Mental na Dependência de Drogas e Álcool” forma disciplinas que trouxeram importantes contribuições para direcionar as abordagens desse estudo.

As “Políticas Públicas e de Gestão em Saúde” são fundamentais para dar sustentação às boas práticas de cuidados em saúde, que seguramente se converterão em melhor adesão aos tratamentos pelos portadores de condições crônicas de saúde. O estudo do “Método Científico” propicia elucidar dúvidas relacionadas à escolha do melhor caminho para a realização de um estudo científico. É evidente que, em face de pouca experiência com pesquisa, esse estudo propicia reflexões sobre a escolha do tipo de pesquisa, a melhor abordagem e sobre o uso de instrumentos e técnicas de coleta de dados, assim como o referencial para interpretar dados.

Instruir-se sobre “Tecnologia, Inovação e Empreendedorismo em Saúde” certamente contribui para apontar o que é um “produto tecnológico” no mestrado profissional, além de indicar que essa produção não necessariamente necessita ser uma tecnologia dura. A produção de boas práticas de cuidados, pela enfermagem, é fortemente atrelada a ideia de uma assistência pautada em “Práticas Baseadas em Evidências na Saúde”, o estudo dessas práticas auxiliam os profissionais a desenvolver boas práticas de cuidados, meios para identificá-las e na prestação de cuidados integrais, conforme as necessidades individuais de coletivas dos usuários.

O estudo dos “Avanços Tecnológicos em Saúde Mental na Dependência de Drogas e Álcool”, a princípio causa estranhamento, quando o alvo são as boas práticas para adesão de idosos à tratamentos da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), contudo as tecnologias

disponíveis para rastreamento, diagnóstico e acompanhamento em saúde mental, sem dúvida contribuiu para redespertar a questão da visão holística no cuidado com o usuário, tão relatada na Enfermagem, a importância da integralidade do cuidado de enfermagem no cotidiano e o trabalho em rede. O esgotamento, o estresse, a fadiga e a depressão são fatores fortemente ligados à saúde mental, podem influenciar os profissionais de Enfermagem na implantação de estratégias que favoreçam a adesão dos idosos aos tratamentos da HAS, assim como estes fatores podem influenciar os idosos a aderirem ou não à terapêutica.

A realização de estudos alinhados à proposta desse estudo certamente enriquecem, em diversos aspectos, as possibilidades de identificação de boas práticas da Enfermagem, nesse sentido, em parceria com a orientadora, Silvana Martins Mishima, e discentes da graduação em Enfermagem na Faculdade Presidente Antônio Carlos de Porteirinha, realizou-se três estudos que após conclusão foram publicados. O primeiro, uma revisão de literatura sobre as contribuições da Enfermagem para a adesão dos idosos aos tratamentos da HAS, o segundo, a influência da enfermagem na adesão do idoso ao tratamento da HAS e o terceiro, a avaliação de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) quanto à promoção de adesão ao tratamento e o controle da HAS sob a ótica do idoso, foram importantes para dar sustentação às ideias de boas práticas presentes nessa dissertação.

A carência de estudos e de conceitos definidos para boas práticas de enfermagem tornam por si, as abordagens desse estudo uma inovação e seu relatório um produto tecnológico. Raros estudos brasileiros aproximam suas abordagens ao que se buscou com esse estudo. As buscas por boas práticas são sempre direcionadas para boas práticas de produção de alimentos ou medicamentos, ficando o cuidado humano não visualizado como uma possibilidade de boa prática de cuidado na atenção integral à saúde.

Assim, este estudo encontra-se organizado em quatro capítulos. Inicialmente, tem-se esta breve apresentação do autor contextualizada com seu histórico e percurso na pós-graduação. O primeiro capítulo traz uma introdução com a definição do objeto da investigação, o corpo teórico e justificativa que fundamentam o trabalho. No segundo capítulo são apresentados os objetivos da pesquisa. No terceiro capítulo tem-se o percurso metodológico da investigação, onde estão descritos os procedimentos adotados para coleta, organização, análise e interpretação dos dados empíricos capturados na fase de coleta. No quarto capítulo apresentam-se os resultados e discussões, construídos a partir da aplicação do método de Análise Temática, descrito no capítulo anterior e que originou em três temas para discussão, que foi fundamentada na literatura pertinente à integralidade do cuidado entre outras. No quinto e último capítulo tem-se as considerações finais frente a abordagem

realizada sobre as boas práticas de cuidados adotadas pelos enfermeiros no sentido de melhorar a adesão dos idosos portadores de HAS aos tratamentos para sua condição de saúde.

1 INTRODUÇÃO: A CONSTRUÇÃO DO OBJETO E O SUPORTE TEÓRICO

1.1 A HAS como condição crônica em idosos

Historicamente, as doenças e agravos de saúde eram caracterizados em transmissíveis e não transmissíveis, porém é uma caracterização insuficiente para dar conta da organização dos sistemas de saúde. Em função disto a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs que, dirigida à organização dos sistemas de saúde, as doenças sejam tipologicamente classificadas em condições agudas e crônicas. Neste sentido, as condições agudas são aquelas que têm, entre outras características, ser de duração limitada, manifestação abrupta, causa usualmente simples com diagnóstico e o prognóstico usualmente precisos e que tem como resultados do tratamento a cura. Já as condições crônicas têm, entre outras características, início de manifestação gradual, com duração longa ou indefinida e causas múltiplas com diagnóstico e o prognóstico comumente incertos e tem como respostas às intervenções não a cura, e sim a necessidade contínua de cuidado (BRASIL, 2006a).

A HAS é uma condição clínica crônica de origem multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA), associada a diversos fatores. Inicialmente não apresenta sintomas, porém desde o início provoca alterações lesivas em órgãos alvos, com evolução lenta e progressiva. Quando instalada, o equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e constritores são alterados e resulta em elevação da pressão no interior dos vasos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; SILVA, MOURA, 2011).

Segundo Gottlieb *et al.* (2011) a elevação da PA é associada ao aumento da idade e também é provocada pelo acúmulo de danos sofridos ao longo da vida. Como determinantes sociais, o Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2011a) aponta as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos serviços, a baixa renda e escolaridade, as questões vinculadas ao acesso à informação, além dos fatores de risco associados ao estilo de vida, como tabagismo, etilismo, sedentarismo e dieta inadequada, porém é passível de prevenção.

O Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2013a) enfatiza que além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da Atenção Básica (AB) é fundamental, pois o controle da PA reduz complicações cardiovasculares e desfechos como infarto agudo do miocárdio, Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, dentre outros.

No Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito

Telefônico (Vigitel – 2011), é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%) (ANDRADE *et al.*, 2014).

Segundo Goulart (2011) a OMS tem alertado aos países membros e à comunidade mundial da saúde para o fato de que os sistemas de saúde predominantes são falhos porque não têm conseguido acompanhar algumas tendências epidemiológicas e demográficas da atualidade. Apesar do declínio dos problemas agudos e do concomitante aumento das condições crônicas, os serviços de saúde têm tratado condições crônicas usando o modelo de tratamento agudo.

O envelhecimento é uma conquista da humanidade no último século. É um fenômeno inerente à espécie, irreversível e de ocorrência mundial. Tem como características o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de alterações estruturais, dificuldades funcionais e doenças como a HAS (BRASIL, 2010a).

Com a transição demográfica e epidemiológica, evidenciada no Brasil, nos últimos anos, o envelhecimento populacional tem sido evidente e representado um desafio para a sociedade e o poder público instituir políticas de saúde efetivas (LOBATO, 2013).

O aumento populacional está associado a múltiplos fatores, dos quais se pode citar a “queda da natalidade, redução da mortalidade infantil, os avanços científicos e tecnológicos e as melhorias na qualidade de vida, bem como a concretização de políticas públicas na área do trabalho, habitação, saúde, previdência e assistência social”, que mesmo com deficiências contribuem para a longevidade (DÁTILLO; CORDEIRO, 2015, p. 07).

Segundo Moreira *et al.* (2013) a população idosa ainda não tem sido acompanhada de maneira satisfatória, com políticas públicas, que garantam a ela desfrutar dos bens e serviços sociais, assim como de um serviço público de saúde preparado para atender as demandas na perspectiva de ampliar sua qualidade de vida. Para os autores, frequentemente envelhecer está associado às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que favorecem o surgimento de incapacidades motoras, psicológicas e sociais, que limitam os idosos em suas atividades da vida diária, levando-os a frequentarem os serviços de saúde com maior frequência na busca pela cura de algum problema de saúde.

Dátילו e Cordeiro (2015) corroboram com o argumento anterior afirmando que o preocupante não é o processo de envelhecimento em si, mas sim as políticas públicas para essa população, que demonstram despreparo para suportar o aumento desse grupo etário.

Estudos epidemiológicos têm mostrado que a prevalência da HAS aumenta com o avançar da idade, sendo que pessoas na faixa etária entre 50 e 59 anos de idade apresentam

5,35 vezes mais chances de se tornarem portadores de HAS do que as da faixa etária entre 20 e 29 anos (RADOVANOVIC *et al.*, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, no ano de 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes pelo mundo foram atribuídas ao aumento da PA, 54% por AVC e 47% por Doença Isquêmica do Coração (DIC), com ocorrência na maioria das vezes em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos na faixa etária de 45 aos 69 anos (BRASIL, 2011b).

A população de idosos, no Brasil, tem crescido exponencialmente nas últimas décadas, graças à elevação da expectativa de vida. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstram que as pessoas com mais de 65 anos de idade devem passar de 14,9 milhões (7,4% do total), em 2013, para 58,4 milhões (26,7% do total) em 2060 (BRASIL, 2014a).

Segundo Bodstein, Lima e Barros (2014), o mundo atualmente comporta 810 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, isso representa 11,5% da população global, a expectativa é que esse número chegue a um bilhão em menos de 10 anos e que até 2050 ela seja mais que o dobro, alcançando dois bilhões de pessoas, representando 22% da população global.

Dessa forma, considerando que grande parte do atendimento a idosos portadores da HAS ocorre na rede de AB, as ações de saúde desenvolvidas pelo enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) voltadas a assistência à saúde da pessoa idosa devem ser voltadas para atender aos princípios da AB. Nesta perspectiva, a enfermagem pode trabalhar estratégias de cuidados tendo como base a longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e comunitária além da competência cultural (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

1.2 Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso pelo idoso

As hipóteses de tratamento da HAS, universalmente aceitas, consideram que a melhoria do quadro deste agravo se dão pelas mudanças no estilo de vida, com realização de atividades físicas, modificações dos hábitos alimentares e tratamento medicamentoso associado, sempre que necessário. Dessa forma, para a efetividade do tratamento, é necessário acompanhamento por uma equipe multiprofissional (LONGO; MARTELLI; ZIMMERMANN, 2011; NOBRE *et al.*, 2013) que atue no sentido de permitir a adesão do usuário as distintas formas de tratamento.

A não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso é identificada como a causa principal da PA não controlada e representa um risco significativo para a ocorrência

de eventos cardiovasculares indesejáveis. A taxa de adesão ao tratamento medicamentoso é estimada em torno de 50% e reduz em relação às mudanças no estilo de vida (BASTOS-BARBOSA *et al.*, 2012).

Para Lustosa, Alcaires e Costa (2011) a adesão ao tratamento é o fator mais importante para o controle de doenças, principalmente as crônicas, porém é difícil identificar a não adesão, assim como quantificá-la. As autoras sugerem que a adesão varia zero a 100% em pacientes que usam as medicações prescritas ou que realizam a automedicação e afirmam que a não adesão é ainda maior quando esta tem relação direta com o estilo de vida do paciente.

Para Pucci *et al.* (2012) os pacientes, especialmente os idosos, deixam de aderir ao tratamento anti-hipertensivo por vários motivos, como o fato de muitos pacientes não compreenderem sua doença e relacionarem a falta de entendimento ao curso assintomático da HAS. Ainda, segundo Silva *et al.* (2013) os idosos que não aderem ao tratamento proposto para a HAS tendem a considerá-la uma doença aguda, sintomática e ligada a estados emocionais. Essa percepção equivocada sobre a HAS impulsiona a agirem de acordo com suas opiniões e experiências socialmente compartilhadas.

Para idosos que têm comportamentos compatíveis com aderência ao tratamento da HAS, recomenda-se que os profissionais incentivem a prática constante desse comportamento. Sempre que possível, é importante lembrar aos portadores de HAS, os riscos potenciais da não realização do tratamento anti-hipertensivo. Assim, os profissionais estarão atuando no sentido de reduzir ou evitar as altas taxas de morbimortalidade por doenças decorrentes da HAS que são comuns e onerosas ao sistema de saúde (ROMERO *et al.*, 2010).

Na visão de Liberato *et al.* (2014) existe relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida. Esta relação é significativa e se mostra positiva. Assim, a adesão à terapêutica deve ser valorizada pelos profissionais de saúde que pretendam ofertar uma assistência baseada em evidências e na visão holística do ser humano. Portanto, o fenômeno da adesão precisa ser analisado para a melhoria das políticas e práticas de saúde voltadas ao aprimoramento da efetividade da assistência prestada.

Para a OMS (2003a) a adesão está associada ao grau de concordância e o comportamento do indivíduo com as prescrições de tratamento, feitas pela equipe de saúde. Liberato *et al.* (2014) afirmam que no conceito da OMS está embutida uma ideia de colaboração entre o paciente e o profissional de saúde na tomada de decisões, sobre o tratamento para a efetiva adesão.

Na visão de Araújo e Garcia (2006), o conceito de adesão é multidimensional. Embora o paciente portador de HAS, seja o foco central do processo de adesão, sua manifestação não

depende unicamente do indivíduo, mas do conjunto de elementos constituintes do processo, nisso se inclui, o portador de HAS, o profissional de saúde e o sistema de saúde. O esforço desenvolvido isoladamente por parte desse conjunto provavelmente não conduzirá a bons resultados de adesão.

Para a OMS (2003a) a adesão é um fenômeno complexo, que não se restringe à terapia com medicamentos e ao seguimento das prescrições dos profissionais de saúde. Nesse sentido, são elencados cinco dimensões que interferem na adesão do paciente ao tratamento proposto, a saber: fatores relacionados ao paciente, ao tratamento, socioeconômicos e os relacionados aos sistemas de saúde e a própria doença.

Silva *et al.* (2013) consideram que o idoso está mais propenso a se tornar portador de HAS e é preciso destinar atenção especial aos fatores que interferem na adesão ao tratamento. Assim, relatam que os profissionais de saúde devem atentar para o nível de conhecimento do portador de HAS, a quantidade de medicações a serem ingeridas, o uso de bebidas alcoólicas, o esquecimento, as mudanças de estilo de vida relacionadas à dieta e ao abandono do sedentarismo e tabagismo.

Segundo Borges e Porto (2014) o problema da adesão ao tratamento precisa ser refletido criticamente pelos gestores e profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), no sentido de avaliar a postura, o papel e a atuação da equipe multiprofissional no contexto da educação em saúde, que segundo os autores é frequentemente desvinculada da escuta reflexiva e das demandas culturais e psicossociais.

As principais dificuldades associadas a adesão do idoso ao tratamento podem estar relacionadas a falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença, o baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças adquiridas em experiências do contexto familiar e social, baixa autoestima, relacionamento inadequado com a equipe de saúde, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e na marcação de consultas, ocorrência de efeitos indesejáveis e interferência na qualidade de vida após início do tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Para compreender as barreiras implícitas na adesão ao tratamento é necessário considerar o contexto histórico, social e cultural dos idosos portadores de HAS e os sentimentos relacionados ao adoecimento. Apenas diagnosticar a HAS é insuficiente, o essencial é conduzir adequadamente o tratamento e levar o paciente a compreender a necessidade da adesão e de controle de sua condição de saúde. Esta etapa é essencial para reduzir o impacto social, os custos monetários para o indivíduo, família, sociedade, sistemas de saúde e previdenciário (MENDES *et al.*, 2014).

Considerando este quadro mais geral, pode-se dizer que o idoso precisa ser esclarecido sobre sua real situação de saúde e importância da adesão ao tratamento. Possivelmente a falta de informações sobre o tratamento anti-hipertensivo contribuirá para que o tratamento seja interrompido e até abandonado. Assim, é pertinente ressaltar que a equipe multiprofissional de saúde é peça fundamental para auxiliá-lo durante o tratamento, a fim de reduzir os riscos do aparecimento de complicações e na responsabilização do idoso com os cuidados com sua saúde.

Aos profissionais de enfermagem, enquanto parte da equipe multiprofissional, cabe também a ação de orientar os portadores de HAS para adoção de uma dieta hipossódica, rica em frutas e legumes, além da prática de exercícios físicos e desenvolver estratégias para que possam abolir o consumo de tabaco e álcool, assim como aderir ao uso contínuo da medicação prescrita (OLIVEIRA; MOREIRA, 2010; COSTA *et al.*, 2014).

Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, acompanhamento e controle da HAS. Devem ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle da HAS (BRASIL, 2013a).

O cenário a respeito da adesão ao tratamento da HAS demonstra que o fenômeno vem sendo subestimado, o que acaba se refletindo em conhecimentos inconclusivos, incapazes de fornecer melhores subsídios para melhoria nas condições de saúde e qualidade de vida do idoso (LIBERATO *et al.*, 2014).

De acordo Pernambuco *et al.* (2012) a estratégia a ser usada para incentivar a adesão de idosos ao tratamento anti-hipertensivo deve ser iniciada no primeiro contato com o paciente e repetida com frequência para manter o seu efeito, ou seja, de modo a permitir a continuidade e a longitudinalidade da atenção (STARFIELD, 2002). O treinamento e motivação da equipe, a compreensão da HAS como uma condição crônica e a necessidade de um acompanhamento permanente do portador do agravo, assim como a atuação de diversos profissionais de saúde, formam um conjunto insubstituível no tratamento da HAS.

Dessa forma, Tavares *et al.* (2013a) relatam ser necessário que os profissionais da área de saúde, especialmente o enfermeiro, tenham conhecimentos científicos para auxiliar na proposição do tratamento mais adequado. Devem conhecer as vantagens e desvantagens da adesão ao tratamento pelos idosos, para assim atuar com práticas que melhorem a adesão ao tratamento, considerando o medicamentoso e o não medicamentoso.

Vito *et al.* (2011) relatam que a educação em saúde contínua e reforço positivo constante constituem estratégias que podem aumentar a adesão terapêutica da HAS.

Acresce a estes aspectos teóricos, o interesse pela temática que surgiu a partir do desenvolvimento do Projeto de Extensão intitulado “Envelhecimento e qualidade de vida: mente sã, corpo sadio”, de autoria deste pesquisador, implementado enquanto docente do curso de Graduação em Enfermagem na Faculdade Presidente Antônio Carlos de Porteirinha, onde, em uma das linhas de trabalho: “Adesão ao tratamento de condições crônicas de saúde e qualidade de vida”, foi possível perceber que a adesão ao tratamento da HAS é uma questão pouco trabalhada pelos profissionais de enfermagem e de pouca compreensão do usuário. Associa-se a isso a baixa adesão observada nos cenários de trabalho, em uma localidade do estado de Minas Gerais, e relatada pelos profissionais de enfermagem em conversas informais e a pertinência em estudar problemas da prática assistencial, cujos resultados podem colaborar para melhoria da qualidade vida do usuário dos serviços de saúde.

Assim, o presente estudo tem como questionamento norteador: quais e de que maneiras as boas práticas têm sido usadas pelos enfermeiros para facilitar a adesão ao tratamento da HAS, pelos idosos portadores deste agravo, nas ESF do município de Monte Azul, Minas Gerais?

A realização desta pesquisa é relevante, uma vez que poderá oferecer subsídios potenciais para inovar a assistência de enfermagem, voltada para o gerenciamento do manejo e do acompanhamento da assistência direcionada ao paciente idoso portador de HAS. Desta forma será possível oferecer elementos para a proposição de um protocolo de assistência de Enfermagem a este público que é crescente no contexto brasileiro e internacional, com atenção para a inclusão da subjetividade destes usuários.

Assim, espera-se que os resultados deste estudo possibilitem reflexões por parte dos profissionais de saúde, gestores e usuários dos sistemas de saúde sobre a adesão dos idosos ao tratamento da HAS. Além disso, contribuir com os elementos para direcionar o planejamento da assistência a esta população, com implementação de boas práticas de promoção à saúde, adesão aos tratamentos e prevenção das complicações decorrentes da HAS, bem como contribuir na construção do conhecimento e orientar novos estudos nesta área.

1.3 Boas de práticas de cuidado para adesão ao tratamento de idosos portadores de HAS

A OMS (2008) usa o termo “Melhor Prática” para definir uma técnica ou método que através da experiência e da investigação possui fiabilidade comprovada para conduzir a um

determinado resultado. Este termo é frequentemente usado nas áreas da saúde, administração, sistema de educação e em gestão de projetos.

Padilla, Hernández-Plaza e Ortiz (2012), contudo, relatam que para referir aos serviços de saúde, o termo boas práticas (*good practice*) é considerado mais adequado que melhores práticas (*best practice*) devido à ideia de hierarquia que distingue a noção superlativa de “melhor”. Frente a essa consideração o termo “boa” apresenta duas vantagens em relação ao “melhor”, por um lado admite que existem diversas maneiras ou modelos para realizar uma ação bem feita, na medida que também sugere a construção de um modelo de ação que se realiza de baixo para cima, portanto mais democrático e participativo, com a efetiva ação dos sujeitos envolvidos. Esta visão dos termos é uma nova reflexão sobre as boas práticas, que direciona a relevância da forma como uma prática é configurada e compreendida.

Nos programas e serviços de saúde, a definição de “Melhores Práticas” tem relação com o conhecimento sobre aquilo que funciona em situações e contextos específicos, sem a utilização de grandes medidas, que vão além do habitual, para atingir os resultados desejados e que pode ser utilizado para desenvolver e implementar soluções adaptadas a problemas de saúde semelhantes em outros contextos (OMS, 2008).

Pensando assim, se a enfermagem ao praticar determinada ação, e com ela consegue adesão ao tratamento da HAS, logo esta ação pode ser considerada uma boa prática de cuidado em saúde. Nesse sentido, pode-se dizer que “Boas Práticas” de cuidados são estratégias (meios) pelas quais os enfermeiros prestam assistência clínica ao cliente, considerando para isto as características locais, regionais, culturais, experiência de vida, conhecimento, aceitação da condição de saúde e da intervenção do profissional para cada situação específica e, sobretudo, são práticas pautadas na participação do sujeito e da família na construção do cuidado para melhorar a adesão (finalidade) ao tratamento do agravo. No Brasil parecem orientadas por linhas guias, programas do Ministério da Saúde e pelo trabalho multiprofissional, especialmente em nível primário de atenção à saúde.

Identificar “Boas Práticas” envolve capacidade de análise para perceber eficácia, efetividade, eficiência, relevância, solidez ética, sustentabilidade, possibilidade de duplicação, envolvimento de parcerias, envolvimento comunitário e compromisso político na ação. Elas podem estar relacionadas à implantação de um programa, projeto, política, legislação, etc., e podem surgir de várias fontes, inclusive da própria OMS, Ministros da Saúde, organizações da sociedade civil, grupos comunitários e indivíduos (OMS, 2008).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros de Portugal (2007) o conceito da Boa Prática é semelhante ao conceito de Normas de Orientação Clínica (NOC) utilizadas por médicos na

prática clínica, porém não pode ser confundido com as *Nursing Outcomes Classification* (NOC), utilizadas pela *American Nurses Association* (ANA), as quais visam a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem, através da aplicação de um conjunto de indicadores que dão apoio às intervenções de enfermagem. Neste sentido, segundo este referencial, as Boas Práticas de cuidados aparecem como resultados de aplicação de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e opinião de especialistas renomados, com o objetivo de obter respostas satisfatórias dos clientes e dos profissionais na resolução de problemas de saúde específicos, tornando os cuidados prestados mais seguros, confiáveis e eficazes.

A produção e divulgação de boas práticas permitem aos profissionais terem acesso a informação confiável e atualizada sobre procedimentos, utilização de equipamentos ou às intervenções inerentes a um estado do paciente, ou seja, em qualquer da área da saúde onde seja necessária a intervenção profissional para a resolução de um problema, considerando também as preferências dos clientes (ORDEM DOS ENFERMEIROS DE PORTUGAL, 2007).

No sentido de associar boas práticas à assistência baseada em evidência, o Ministério da Saúde do Brasil (2011a), lançou o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT para o período de 2011-2022. O Plano foi construído com a colaboração de instituições de ensino e pesquisa, ministérios do governo brasileiro, membros de Organizações Não Governamentais (ONG) da área da saúde, entidades médicas, associações de portadores de condições crônicas de saúde, entre outros.

A intenção do Plano é preparar o Brasil para enfrentar as DCNT, entre as quais citam o câncer, a HAS, a diabetes, entre outras. No Brasil, essas doenças são um grande problema de saúde pública de elevada magnitude e ônus. Correspondem a cerca de 70% das causas de mortes e atingem fortemente as camadas mais pobres da população e os grupos mais vulneráveis, como aqueles de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2011a).

Para a OMS (2008) existem diversas ações criativas e construtivas implementadas por pessoas e organizações de saúde para melhorar os resultados sanitários das populações. O conhecimento destas ações pode evitar, por exemplo, a repetição de erros e a perda de tempo.

1.4 Boas práticas na perspectiva da integralidade

Conforme Oliveira (2014), no Brasil, a integralidade, enquanto um princípio e um valor, faz parte da proposta da Reforma Sanitária da década de 80, se consumando como um

dos princípios doutrinários com a criação do SUS, na Constituição Federal de 1988. A partir de então se tem, legalmente, uma nova proposta de atenção à saúde, onde a população conquistou o direito de ter saúde em seu sentido amplo, inclusive de ser atendida de forma integral. A Constituição Federal garantiu ao usuário que seus problemas de saúde sejam resolvidos, se valendo de atenção integral de baixa, média e alta complexidade de acordo com a necessidade de cada indivíduo.

Cecílio (2009) apresenta duas dimensões para trabalhar a integralidade da atenção, de forma que essas dimensões ao serem contempladas no cuidado garante que o atendimento está sendo o mais integral possível. As dimensões da integralidade segundo o autor são: 1) integralidade focalizada e 2) integralidade ampliada. A dimensão integralidade focalizada é fruto da soma de saberes multiprofissionais em um espaço singular, delimitado, ESF, hospital, para atender à demanda dos usuários dos serviços de saúde. Para isso, no encontro do usuário com a equipe deve-se prevalecer o compromisso e a preocupação em realizar escuta qualificada das necessidades de saúde trazidas pelo sujeito que busca o serviço, apresentadas em forma de demanda específica. Na segunda dimensão a integralidade é pensada de forma mais ampliada e se realiza numa rede de serviço, não exclusivamente pelo serviço de saúde, mas sim uma rede mais complexa, composta por outros serviços que influenciam no estado de saúde das pessoas. Nessa perspectiva a integralidade é pensada no “macro”, onde a máxima integralidade de um espaço delimitado, integralidade focalizada, é colocada como parte de uma integralidade expandida.

Então, a integralidade ampliada acontece na articulação das “integralidades focalizadas” que tem como cenário cada serviço de saúde com fluxos definidos a partir das necessidades de saúde da população, formando uma rede de atenção. Assim, pensar a organização da integralidade pela visão do “macro” resulta em maiores possibilidades para a integralidade no “micro”, pois a integralidade “micro” reflete a “macro” (CECÍLIO, 2009).

De acordo Moraes (2006), como em toda concepção emergente, não há consenso quanto ao conceito de integralidade, contudo para compreendê-la é necessário entender as dimensões das práticas sanitárias e redesenhar seus fundamentos. Não obstante, porém, a integralidade é um dos maiores desafios para a operacionalização do SUS. Dessa forma, é um desafio pensar as possíveis interseções entre a integralidade e propostas especiais na área da AB, visto que as políticas especiais que buscam fortalecer a AB impõe limites à integralidade. Na visão do autor, isso ocorre, principalmente, pelo viés na forma de financiamento dos programas, que incorpora subsídios financeiros cada vez mais específicos, do ponto de vista orçamentário.

Para Andrade *et al.* (2013, p. 626) “a percepção de boas práticas está relacionada diretamente ao contexto e às interações estabelecidas pelos gestores, profissionais de saúde e usuários”, pois os sujeitos têm posicionamentos elaborados a partir de suas experiências e posições ocupadas nos serviços de saúde. Assim, o significado de boas práticas, na visão dos gestores está em considerar a autonomia dos serviços, conhecimento da legislação e gestão flexível, enquanto que na visão dos profissionais e usuários, estes centram-se na perspectiva do estabelecimento de vínculo entre profissionais e população, no acolhimento e na realização de grupos operativos. Contudo, os significados de boas práticas passam pela corresponsabilização e a interdependência entre gestores, profissionais e usuários, tanto na assistência como na gestão dos serviços de saúde, dessa forma pressupõe integralidade nas ações.

O princípio da integralidade implica em integração não apenas das práticas que se dão sob uma determinada forma de organizar o processo de trabalho em saúde. É preciso, para além do cuidado individual integrador, haver uma rede de serviços organizada, em que os princípios de hierarquização e regionalização não se confundam com um processo burocratizador, que implica em barreiras à demanda socialmente constituída (MORAES, 2006, p. 13).

A integralidade como diretriz do SUS tem encontrado grandes desafios para sua implementação, isso, devido ao seu caráter polissêmico, que se atribui ao termo, atributos relacionados ao sistema de saúde, à organização dos serviços e às práticas profissionais (NOGUEIRA, 2010).

Nesse sentido, Pires, Rodrigues e Nascimento (2010, p. 623) afirmam que a integralidade “aparece como um caminho a ser percorrido infinitamente, uma forma inovadora, complexa e polissêmica”, uma vez que se traduz em uma ideia de vários sentidos e representações que, de alguma forma, se associam às necessidades sentidas e relatadas pelos usuários, além de vincular-se ao compromisso que os profissionais de saúde assumem na condução de suas práticas, que buscam resolver as necessidades apresentadas pela clientela.

[...] o sentido atribuído à integralidade pelas ESF numa visão ampliada do ser humano, ao considerar a cultura, o ambiente, os anseios, os costumes, os valores e as crenças, inerentes a cada grupo da comunidade cuidado, respeitando, assim, o seu contexto de vida, as necessidades sentidas dos sujeitos individuais/coletivo e suas relações com outros determinantes. A atenção à saúde não se resume às especificidades das doenças, mas permeia a realidade em que vive o usuário/família, como ele próprio vê suas carências, descobrindo sua autonomia para, junto com o trabalhador de saúde, a partir dos vários saberes, poder intervir no seu modo de viver (PIRES; RODRIGUES; NASCIMENTO, 2010, p. 626).

Para Cecílio (2009) é simplório pensar que a intervenção de um especialista é suficiente para prestar assistência integral ao usuário sem que se tenha noção do modo de viver do sujeito, inclusive sem saber da existência de vínculo com uma equipe ou profissional

de referência, autonomia e como o sujeito interpreta sua condição de saúde. As equipes de saúde ainda trabalham de forma fragmentada, atendendo as demandas pontuais e a integralidade de forma mais ampla acaba se perdendo.

Oliveira (2014) destaca alguns fatores que podem influenciar na aplicação ineficaz do princípio da integralidade e cita dentre eles a demora em se conseguir realizar exames diagnósticos e o longo tempo de espera por consultas com especialistas. A falta de estrutura da rede de serviços do SUS também é um obstáculo para a integralidade, começando com a AB, que se adequadamente estruturada contribui para o atendimento integral, visto que os profissionais têm um vínculo maior com os indivíduos e as famílias e por isso tem maior possibilidade de atender as necessidades. Os casos não resolvidos na AB deveriam encontrar apoio nos demais níveis de atenção, o que normalmente não acontece com precisão e agilidade necessárias. Frequentemente as especializações também dificultam o atendimento integral, pois cada profissional se preocupa apenas com uma parte isolada do usuário e perde o foco no trabalho multidisciplinar e multiprofissional da equipe.

Estes apontamentos levam a que se concorde com Cecílio (2009, p. 122) quando aponta que “[...] integralidade não se realiza nunca em um serviço: integralidade é objetivo de rede”.

Assim, para Pires, Rodrigues e Nascimento (2010, p. 623) é preciso considerar a desconstrução do modelo de atenção à saúde hegemônico-biomédico, onde a queixa-conduta e ações curativas, descontextualizam os usuários de seu ambiente social. Neste sentido, o “desafio é estabelecer a (re)construção de um modelo de atenção à saúde com práticas inovadoras, desenvolvidas a partir da criatividade dos sujeitos e das contingências locais”. Contudo, as práticas devem ser balizadas pelos valores, relações sociais, singularidade, desejos e saberes do indivíduo, da família e da comunidade, e assim valorizar o sujeito como parte do ato de cuidar.

Nesse sentido, os profissionais de saúde precisam considerar também a capacidade de autogovernança dos sujeitos, que presume autonomia dos usuários dos serviços de saúde quanto à condução de sua vida. Para Soares *et al.* (2013) a autonomia é um elemento integrado aos princípios da promoção da saúde que busca promover a atuação dos indivíduos sobre seus determinantes de saúde. O distanciamento do cidadão do exercício de sua autonomia e o desconhecimento de seus direitos remete à necessidade dos trabalhadores realizarem intervenções para valorizar e estimular o exercício da autonomia dos usuários. A dificuldade em exercer a autonomia pode ter relação com a obtenção de informações acerca de suas condições de saúde de forma insuficiente ou inexistente. Dessa forma, o usuário

precisa ser esclarecido e capacitado para assumir sua postura como cidadão e sua autonomia em saúde, para isso, necessita de apoio e suporte, para inserir-se nas esferas de discussão e de decisão sobre seu corpo e sua saúde.

Kanitz (2015) relata que o usuário nem sempre está ciente de suas obrigações e responsabilidades. Todavia, não se pode penalizá-los, uma vez que isso é fruto de um processo histórico de não promoção da autossuficiência dos indivíduos. Outro pressuposto é de que os profissionais de saúde podem não promover a responsabilidade, bem como a autonomia dos usuários.

Para Costa (2004), cabe defender a integralidade como valor que se sustenta nas práticas dos profissionais de saúde, isso porque, é um valor que se expressa na maneira como estes respondem a aqueles que procuram os serviços de saúde. A incorporação dos valores como o de solidariedade e o reconhecimento do sujeito como um ser autônomo da atenção e do cuidado a saúde, conformam o um desafio para a utopia da integralidade.

Segundo Santos, Bertolozzi e Hino (2010) na perspectiva da integralidade, o profissional de saúde, diariamente, tem como foco o cuidado humano. Sendo assim, constantemente busca ou deveria buscar alternativas para resolução de problemas, atendendo às necessidades de saúde apresentadas por diversas maneiras, que se alteram, em função das estruturas sociais, estilo de vida, progressos científico-tecnológicos, dentre outros. Assim, os autores consideram relevante conceituar, identificar e classificar as necessidades de saúde, visto que isso colabora na instrumentalização dos profissionais que atuam na AB para se aproximarem do fenômeno e planejarem suas ações, com o objetivo de satisfazer tais necessidades.

Cecílio e Matsumoto (2006) formulam a organização das necessidades de saúde a partir de quatro conceitos; necessidade de ter boas condições de vida, necessidade de ter acesso garantido às tecnologias que melhore ou prolongue a vida do usuário, necessidade de ter vínculo com profissional de saúde ou equipe multiprofissional e necessidade de ter autonomia para conduzir a vida.

Porém, é possível que nem sempre os profissionais estejam preparados para lidar com as necessidades de saúde dos usuários, isso representa um entrave na promoção da autonomia dos usuários e evidencia a relevância de espaços de educação permanente, para que possam discutir e aprofundar seus conhecimentos sobre temas de seu contexto para melhorar a assistência prestada (SANTOS; BERTOLOZZI; HINO, 2010).

1.5 Integralidade, boas práticas de Enfermagem: desafios postos

A compreensão de que o homem é um ser biopsicosocial, nos remete a ideia de que práticas de atenção à saúde que visem atender às necessidades do homem não obterão resultados positivos se estas forem realizadas de forma fragmentada; dessa maneira é preciso que o indivíduo seja percebido de forma integral. A integralidade é efetivada com base no acolhimento, no vínculo e na responsabilização do sujeito diante de sua condição de saúde (SILVA, 2015), assim como na atitude e ação do profissional de saúde em sua relação com este sujeito portador de necessidade.

Construir a integralidade é a base para superar contradições e vencer desafios na consolidação do SUS. Garantir assistência integral à saúde implica em serem sujeitos ativos, de gestores a usuários, para oferecer acesso a bens e serviços, controle social nas políticas públicas e interação entre usuários e profissionais (VIEGAS; PENNA, 2013).

Enquanto princípio do SUS, na efetivação da integralidade espera-se garantir ao usuário uma assistência à saúde para além da prática curativa, sendo que o sujeito deve ter acesso a todos os níveis de atenção, sem desconsiderá-lo como indivíduo inserido em um contexto social, familiar e cultural particular (SOUZA *et al.*, 2012).

A integralidade, enquanto prática acontece em uma rede de serviços de diversos níveis de complexidade e competências, onde ocorre integração entre as ações, nos diversos níveis, para realizar e satisfazer um conjunto de necessidades de saúde de um cliente. Para isso acontecer a atuação dos gestores, que organizam os serviços de saúde é decisiva, no sentido de estabelecer articulações que favoreçam a prática da integralidade em rede (SILVA, 2015).

Discutir a integralidade é uma necessidade para consolidação do SUS, a reflexão nesse sentido é necessária porque para garanti-la gestores, profissionais da saúde e a sociedade são desafiados a refletir na perspectiva desse ser um princípio transversal com os demais princípios do SUS e que repercuta na qualidade da assistência ofertada (LINARD; CASTRO; CRUZ, 2011).

Os princípios doutrinários do SUS, universalidade, equidade e integralidade, favorecem o entendimento de direito e de trâmite livre, do usuário, na rede de atenção conforme a necessidade apresentada, porém, essa lógica, muitas vezes, contradiz as condições impostas à gestão e aos profissionais da assistência, dentro da realidade da AB (VIEGAS; PENNA, 2013).

Apesar dos avanços alcançados desde a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) e, posteriormente deste enquanto uma estratégia de política pública, ainda existem

entraves para a integralidade nos estabelecimentos de saúde, onde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ocorre um trabalho ainda centrado na doença e que favorece uma prática médica e de cuidados fragmentada e descontextualizada, com pouca interação entre a equipe multiprofissional, comunidade e tão pouco articulada com os setores da sociedade (SILVA, 2015).

No Brasil tem se observado que alguns aspectos interferem para que os usuários, de maneira geral, tenham garantida a assistência à saúde em um modelo de atenção integral, há falta de recursos, a estrutura por vezes é insuficiente e a gestão política e de investimentos não se volta de forma efetiva para a formação e educação do profissional de saúde. Assim, as práticas profissionais fundamentadas nessas condições confrontam com o princípio da integralidade (SOUZA *et al.*, 2012).

A prática da integralidade traz consigo uma série de desafios como capacidade dos profissionais conseguirem perceber o necessitado do serviço e acolhê-lo e, ao mesmo tempo, integrar as ações promocionais, preventivas e curativas, requerendo então uma preocupação constante com o atendimento e a eficácia das ações, organização, acesso e cobertura (SILVA, 2015).

[...] a existência de problemas ligados ao acesso e à referência a algumas especialidades e serviços compromete e prejudica o princípio da integralidade, pois o usuário entra no Sistema, mas, muitas vezes, o acesso é dificultado pelo longo tempo de espera por consulta com especialistas e exames diagnósticos, constituindo uma via interdita para o sistema de referência e contrarreferência. Assim, a reorganização da atenção primária com vistas à universalidade do acesso a ações e serviços, à integralidade nas ações, implica também em que as demandas sejam respondidas na atenção secundária, quando se fizer necessário. Para isso, é imperativa a atuação dos profissionais da ESF no intuito de responder à maior parte dessas demandas e referenciar somente os casos específicos, além da eficácia no sistema de regulação para otimização do acesso e uso da tecnologia dura. A referência deve ser correspondida pela contrarreferência para que o usuário não se perca pelo caminho e faça um trajeto na rede de cuidados com respostas integrais e equânimes (VIEGAS; PENNA, 2013, p. 186).

Atualmente a equipe de saúde, e em específico a enfermagem, tem o desafio de pensar a integralidade da atenção como prática concebida em rede, que articule a integralidade interior de cada processo de trabalho, com a integralidade mais ampliada que se realiza em uma rede de serviços de saúde ou não. Tomar a integralidade como objeto de reflexão das práticas da equipe de saúde é importante para compreender que a construção da integralidade não ocorre de forma isolada, porque as tecnologias em saúde estão distribuídas em uma ampla gama de serviços (FRACOLLI *et al.*, 2011).

O modelo de atenção à saúde que praticamos no Brasil demonstra uma atenção fragmentada, produtora de atos isolados e muitas vezes desarticulada das queixas dos

usuários, com pouca flexibilidade no atendimento aos que tem maior dificuldade de acesso. Do ponto de vista da integralidade, não é interessante ter acesso a cuidados descontínuos, porque o usuário necessita de serviços que possibilitem seu acesso a todas as ações e tecnologias que atendam suas necessidades de saúde, das mais simples até as mais complexas (SILVA, 2015). Dessa forma, a enfermagem precisa ter garantida, em seu escopo de atuação, espaço para ampliação de sua prática profissional e consolidação de seu protagonismo nas estratégias de cuidados em saúde, estabelecendo “boas práticas de cuidado”.

Os modelos de saúde vigentes, contudo, não estão organizados de forma que sejam promovidas as boas práticas de enfermagem. Os profissionais de enfermagem devem pautar sua prática na segurança do paciente, porém são poucos os que têm condições de trabalho apropriadas para desenvolver os cuidados como foram ensinados ou idealizaram (PEDREIRA, 2009).

Peduzzi (2017), entretanto, sinaliza que desde a década dos anos 90, com a implantação e implementação da ESF há um movimento de ampliação do escopo das práticas dos enfermeiros, e que esta discussão necessitaria ser ampliada de forma a qualificar a atenção prestada aos usuários da rede de AB.

In the 1990's, with the implementation of ESF, was observed their involvement and increasing action in the direct care to the users, families and to the communities on the territories where it is possible to identify the social determinants of the health-disease-care-process, expressed in the life and work conditions of the population (PEDUZZI, 2017, p.2)

A enfermagem cuida do ser humano em todas as fases do ciclo de vida e para isso os profissionais necessitam ter conhecimentos amplos de suas práticas, para que boas práticas sejam constantes no cotidiano de trabalho da enfermagem (SOUZA, 2012).

As boas práticas acrescentam valor para a profissão de Enfermagem e profissionais que se dedicam, em seu cotidiano profissional, a cuidar daqueles que nos confiam o seu cuidado (ORDEM DOS ENFERMEIROS DE PORTUGAL, 2009).

Profissionais comprometidos com a saúde dos usuários buscam constantemente aprimorar as boas práticas em saúde, e nesta direção o trabalho em equipe é um fator essencial para aperfeiçoar as boas práticas. O saber fazer se articula com valores, princípios, processos e resultados que precisa de melhorias no funcionamento dos serviços, para assegurar cuidados de qualidade aos usuários (IDT, 2011).

As boas práticas que fundamentam o funcionamento dos serviços de saúde permeiam a qualificação profissional, a humanização da atenção e gestão, e a redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente, para garantir maior segurança do paciente, visto que as boas

práticas justamente se orientam por ações que buscam proteção contra riscos, eventos adversos e danos desnecessários durante a atenção prestada ao usuário (BRASIL, 2011c).

De certa forma como já apontado anteriormente, boas práticas se dão pelo desenvolvimento do conhecimento sobre situações e contextos específicos, que pode ser utilizado para desenvolver e implementar soluções adaptadas a problemas de saúde. Compatibilizam ações de saúde com confiabilidade comprovada para conduzir atividades e rotinas, embasadas através da experiência profissional e das legislações nacionais (OMS, 2008).

As boas práticas guiam os profissionais de enfermagem a prestar cuidados padronizados, qualificados e embasados, que garantem segurança e desenvolvimento adequado das ações (ORDEM DOS ENFERMEIROS DE PORTUGAL, 2009). Nesse sentido, boas práticas de cuidado podem se configurar como avanço para as práticas de enfermagem, visto que, como já sinalizado pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), a prática avançada¹ de enfermagem aumenta a resolutividade das equipes de saúde e a qualidade do atendimento ofertado ao usuário dos serviços (COREN-RS, 2017).

Diversas situações podem ser citadas para mostrar como ocorre a apropriação de recursos da prática avançada em estratégias concretas. Enfermeiros, ao dedicarem-se à elaboração e validação de modelos fundamentados na ciência social e comportamental, para fortalecer a adesão dos pacientes aos comportamentos saudáveis, reduz a demanda de usuários aos serviços de saúde (ZANETTI, 2015). Ao produzir resultados que reduz demanda de usuários aos serviços de saúde ou que melhore a adesão de idosos portadores de HAS aos tratamentos propostos, as práticas avançadas desta natureza são coerentes com as boas práticas de cuidado.

O objetivo das práticas avançadas de enfermagem é ampliar o escopo de práticas e a resolutividade da assistência, de forma a desenvolver e aprofundar o trabalho interprofissional (COREN-RS, 2017), essa concepção certamente produzirá boas práticas assistenciais.

Atualmente, são observadas mudanças na natureza das necessidades de saúde da população em virtude dos contextos existentes, tem-se um cenário de diminuição das taxas de natalidade, melhoria na prevenção, controle e tratamento de doenças, aumento da expectativa de vida, aumento da prevalência de doenças crônicas e envelhecimento populacional.

¹O Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) definiu o que é o Enfermeiro de Prática Avançada, definindo que este “é um enfermeiro que adquiriu a base de conhecimentos especializados, habilidades complexas na tomada de decisão e competências clínicas para a prática expandida, cujas características são moldadas pelo contexto e/ou país em que está credenciado para praticar. O Mestrado é recomendado para o nível de entrada” (ICN, 2009).

Consequentemente, essas novas necessidades e os sistemas de saúde alavancam mudanças nos modelos de como os profissionais de saúde prestam cuidados (SILVA; BITTENCOURT; PAIXÃO, 2016). Neste sentido, o cenário é favorável ao desenvolvimento de boas práticas influenciadas pelas novas necessidades de saúde e cuidados dos usuários.

Na AB, o trabalho dos enfermeiros contribui para a redução da morbidade e mortalidade. Estes profissionais utilizam abordagem integrada e abrangente para promover saúde, prevenir e tratar doenças, reabilitar usuários e prestar cuidados paliativos (CASSIANI; ZUG, 2014). As abordagens de enfermagem nestas circunstâncias parecem respeitar o princípio da integralidade dos cuidados e podem ser geradoras de boas práticas. Dessa forma, integralidade, práticas avançadas de enfermagem têm estreita relação com boas práticas de cuidados, entre eles, aqueles direcionados a idosos portadores de HAS.

Cabe destacar mais uma vez, mesmo correndo o risco da repetição, que este estudo pode contribuir para o adensamento desta discussão, ou seja, da ampliação do escopo da prática do enfermeiro sustentada pelo princípio da integralidade da atenção na construção de boas práticas de cuidado, em busca de ações e estratégias que qualifiquem o acompanhamento longitudinal do idoso portador de HAS permitindo maior adesão deste grupo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as estratégias, consideradas como boas práticas de cuidados, utilizadas pelos enfermeiros na rede de AB do município de Monte Azul, Minas Gerais, na melhoria da adesão de idosos aos tratamentos da HAS.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as estratégias implantadas pelos enfermeiros para melhorar a adesão de idosos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da HAS.
- Analisar as percepções dos enfermeiros frente aos cuidados direcionados aos idosos portadores de HAS.

3 O PERCURSO DA PESQUISA

3.1 Tipo de pesquisa

Tendo como relevância a natureza da problematização e o objetivo desta pesquisa, o estudo caracteriza-se como descritivo com abordagem qualitativa, sustentada pela perspectiva da integralidade da atenção. Tendo a integralidade da atenção como sustentação teórica nesta pesquisa, considerar-se-á interdependência entre os princípios que doutrinam o sistema de saúde, preservando a importância dos demais. Assim como em Oliveira (2014), a escolha da integralidade se justifica devido à importância de institucionalizar boas práticas de saúde e uma política no sentido de enxergar o indivíduo de forma integral e não meramente como portador de uma doença ou condição crônica de saúde.

Conforme Castilho *et al.* (2011) a pesquisa descritiva estuda, analisa, registra e interpreta fatos do mundo físico. Geralmente os dados são coletados através de entrevistas, questionários e/ou observação, sem que o pesquisador interfira nos fatos.

A pesquisa de abordagem qualitativa trabalha com um nível de realidade não quantificável, é pautada em um universo de significados, sentidos, motivos, valores, atitudes, percepções, dentre outros. Pesquisadores que trabalham nesta vertente da pesquisa qualitativa buscam compreender os fatos, para isso entram em contato direto com os informantes e com o ambiente onde se encontra o problema investigado. Este tipo de pesquisa utiliza como técnicas de levantamento de dados observações em campo, entrevistas, consulta a documentos, dados visuais, registros de arquivos, dentre outros (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2009; MARCONI; LAKATOS, 2007).

A adoção desta abordagem para a presente pesquisa se deu em função da perspectiva teórica adotada para sustentação do estudo – a integralidade da atenção na construção de boas práticas - como já sinalizado, e pelo fato de entender-se que o olhar para o trabalho desenvolvido na rede de AB, considerando seus aspectos criativos derivados da ação de um de seus sujeitos operadores, os enfermeiros, pode oferecer elementos para o estabelecimento de fluxos e experiências inovadoras caracterizadas como de boas práticas que permitam ampliar a adesão dos idosos portadores de HAS.

3.2 Campo da pesquisa

O estudo teve como cenário a rede de serviços de AB da cidade de Monte Azul. A cidade está localizada no Norte do Estado de Minas Gerais a 668 km da capital mineira, 114 Km de Janaúba e 245 Km de Montes Claros, e pertence à microrregião de saúde de Janaúba

(13 municípios) e macro de Montes Claros (86 municípios). Faz fronteiras com as cidades de Espinosa, Mamonas, Gameleiras, Pai Pedro, Catuti, Mato Verde e Santo Antônio do Retiro. Seu território tem uma área de 991,568 km² e densidade demográfica de 22,18 habitantes por Km² (MONTE AZUL, 2013).

A cidade tem como ponto forte na economia a agropecuária e o comércio. Na cidade, o comércio teve um crescimento contundente nos últimos anos. Lojas de tecidos e confecções no varejo e no atacado, além de fábricas de roupas íntimas e de passeio tornaram Monte Azul um pólo regional no setor (MONTE AZUL, 2013).

A população estimada pelo IBGE em 2017 foi de 21.783 habitantes. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) registrado pelo Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento foi de 0,659 em 2013 (IBGE, 2017a).

O Senso Demográfico de 2010, realizado pelo IBGE, apontou uma população urbana de 12.418 pessoas enquanto na zona rural residem 9.576 habitantes em pequenos povoados longínquos entre si como também do centro urbano. O Gráfico 1 mostra que a população de idosos foi de 3.221 habitantes, sendo 1.661 mulheres e 1.560 homens.

Fonte: Censo IBGE², 2010.

Gráfico 1 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos etários em Monte Azul-MG para o ano de 2010.

A rede de AB do município de Monte Azul conta em 2017/2018 com 07 UBS sede de equipes, sendo 04 localizadas na zona urbana e 03 em zonas rurais e ainda 08 pontos de apoio

²IBGE: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=31#topo_piramide

distribuídos pelas zonas rurais do município, onde atuam um total de 11 equipes de Saúde da Família. Pela Figura 1 é possível observar o Fluxograma da rede de serviços.

As UBS e os pontos de apoio têm infraestrutura física mínima composta por sala de recepção, sala de triagem, farmácia, almoxarifado, sala de curativo, consultórios de enfermagem, consultórios médico, consultório odontológico, expurgo, sala de imunização, cozinha, banheiros para funcionários e clientes.

Os pontos de apoio são inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) também como UBS, porém têm estrutura física menor e presta atendimento em livre demanda em dias escalonados de acordo a presença da equipe no local. Ressalta-se que há diariamente nos pontos de apoio um profissional Técnico em Enfermagem e Auxiliar de Serviços Gerais.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Monte Azul. 2016.

Figura 1 - Fluxograma de identificação e distribuição das equipes pelas UBS e pontos de apoio da rede de AB do município de Monte Azul-MG.

Além das UBS, o sistema de saúde local conta com uma Unidade de Suporte Básico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com uma ambulância para atender às urgências e emergências na zona rural e urbana, um Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS-I) que presta serviço ambulatorial de livre demanda à clínica básica em saúde mental e ainda

com o Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Graças, filantrópico, com 39 leitos distribuídos em Clínica Médica (19 leitos, 17 do SUS e 02 particulares), Clínica Cirúrgica (07 leitos), Clínica Pediátrica (04 leitos), Clínica Obstétrica (07 leitos) e Clínica Psiquiátrica (02 leitos). O município conta ainda com pactuações para atendimentos pelo SUS nas cidades de Janaúba e Montes Claros, referências da micro e macrorregião de saúde respectivamente.

As ESF possuem equipe multiprofissional composta por médico clínico geral, enfermeiros generalistas e especialista em Saúde da Família, cirurgião-dentista, auxiliar de Saúde Bucal, técnico em enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Recebem apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composta por dois (02) fisioterapeutas, um (01) psicólogo, um (01) fonoaudiólogo, um (01) pediatra, um (01) nutricionista e um (01) gineco-obstetra, e trabalham orientados pela Coordenação Municipal da AB.

Quanto aos serviços prestados, as ESF contemplam acolhimento, assistência multiprofissional, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto, saúde da gestante, saúde do homem, saúde do idoso, saúde mental, sexualidade e reprodução, assistência às condições crônicas (diabetes, HAS e outras), assistência às doenças infecciosas e parasitárias, atendimento inicial às urgências e emergências, consulta odontológica, consulta de enfermagem, consulta médica, procedimentos de enfermagem, curativo, administração de medicamentos, nebulização, retirada de pontos, teste do pezinho, imunização, teste de glicemia capilar, reidratação oral e venosa, dispensação de preservativos e contraceptivos, exame preventivo de câncer de colo do útero, grupos de educação em saúde, triagem oftalmológica, de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, visitas domiciliares, disponibilização de exames laboratoriais, disponibilização de exames de imagens e disponibilização de consultas especializadas.

No caso específico de atendimento a portadores de HAS, as ESF realizam atendimentos ambulatoriais de baixa complexidade em livre demanda, agendamento de consultas conforme necessidade expressa pelos usuários, entre outros. As intercorrências de maior gravidade, como crise hipertensiva, são encaminhadas para o Hospital local.

3.3 Critérios de seleção e participantes da pesquisa

Num primeiro momento, para o acesso aos participantes da pesquisa, o projeto foi apresentado formalmente ao Coordenador da AB do município, que é o responsável pelas Equipes de Saúde da Família. Nesta etapa, além da apresentação do projeto, foi efetivada a solicitação para o primeiro contato com os enfermeiros, junto à Secretaria Municipal de Saúde

(SMS) do município, sendo que de posse da relação dos enfermeiros, constando o nome, telefone e endereço de cada Unidade de Saúde onde cada profissional trabalhava, foi realizado contato por telefone para agendamento de uma visita do pesquisador ao local de trabalho do potencial participante e então pessoalmente, o pesquisador informou ao enfermeiro sobre a pesquisa. Neste momento, também se buscou o aceite do enfermeiro para participar da pesquisa, com o agendamento da entrevista de acordo com a disponibilidade do participante, em local de sua escolha e conveniência.

Assim a pesquisa foi realizada com os onze (11) enfermeiros que se encontravam atuantes na rede de serviços de saúde da AB de Monte Azul-MG no período de coleta de dados para a pesquisa.

Foram considerados para a definição dos sujeitos da pesquisa, os profissionais enfermeiros que não estivessem afastados do serviço (p.ex. férias, licenças) no momento da coleta de dados e que possuíssem no mínimo seis meses de experiência na AB no município de Monte Azul-MG.

3.4 A coleta de dados: a técnica e instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada para captação do empírico, utilizando-se como instrumento um roteiro com questões norteadoras tratando dos elementos centrais de interesse da pesquisa (APÊNDICE A). Ressalta-se que as questões presentes no instrumento visaram somente orientação do pesquisador durante a coleta de dados servindo de balizadoras para o desenvolvimento da entrevista.

De acordo Bogdan e Biklen (2013), a entrevista é usada quando se pretende coletar dados de natureza descritiva na linguagem do próprio sujeito, e permite ao investigador intuitivamente ter ideia de como os participantes interpretam aspectos da vida e do mundo.

Conforme Aguiar e Medeiros (2009) na entrevista semiestruturada, o entrevistado responde as perguntas de acordo com sua concepção e de forma livre, porém o pesquisador não deve perder de vista o foco central, temática da pesquisa.

Segundo Santos (2008) neste tipo de entrevista, o pesquisador tem um instrumento com questões ou tópicos a ser questionado junto ao participante, que permite explorar aquilo que seja o mais adequado para a linha de investigação. Nesse sentido, Pereira *et al.* (2011) relatam que a entrevista semiestruturada permite ao entrevistador inserir novas perguntas no período de desenvolvimento da entrevista para elucidar respostas por parte da pessoa entrevistada. Portanto, neste tipo de estudo, a coleta e análise ocorrem concomitantemente.

O roteiro foi elaborado pelo pesquisador e está dividido em três etapas. A primeira versa sobre a caracterização sociodemográfica (sexo, idade, estado civil) dos entrevistados, seguida pela etapa dois que trata da formação e experiência profissional na AB (titulação – pós-graduação *lato ou stricto senso*, tempo de formação na graduação, formação anterior na enfermagem, tempo de atuação na função de enfermeiro na AB, experiência profissional na AB). A terceira etapa é constituída por questões norteadoras em consonância com os objetivos, a experiência dos enfermeiros e aos fatores identificados na literatura, que permeiam a adesão aos tratamentos da HAS.

Ressalta-se que antes de iniciar a coleta de dados o pesquisador fez observações regulares do trabalho realizado em uma UBS, durante uma semana típica de trabalho (segunda a sexta-feira) no mês de novembro de 2016, no período de funcionamento matutino (07:00 as 11:00). A Unidade de Saúde para esta exploração do campo da pesquisa, foi aquela indicada pela coordenação da AB, que segundo sua análise tenha implementado boas práticas de cuidados para adesão dos idosos ao tratamento da HAS. A finalidade dessas observações foi proporcionar ao pesquisador uma inserção no campo onde a prática assistencial ocorre e assim, além de facilitar a condução das entrevistas com os enfermeiros, permitir uma revisão de aspectos que poderiam não ter sido captados anteriormente e na formulação das questões do roteiro da investigação.

A coleta de dados, foi realizada pelo próprio pesquisador, sendo efetivada no período de novembro de 2016 a janeiro de 2017, no local de trabalho do enfermeiro, conforme sua escolha, no período diurno, em dia e horário previamente agendados, considerando a disponibilidade do participante selecionado.

As entrevistas foram realizadas no consultório de enfermagem de cada profissional, ambiente tranquilo, silencioso, arejado e bem iluminado, e audiogravadas usando aparelho Mini Gravador/MP3 Player IC Recorder portátil. O tempo de entrevista variou entre 40 e 60 minutos, conforme o profissional arguia as questões norteadoras.

Durante as entrevistas, os profissionais pareciam bastante comprometidos em responder as questões com informações fundamentadas na realidade do trabalho. Demonstravam segurança para responder aos questionamentos, apesar de alguns aparentarem maior timidez devido ao fato de a entrevista estar sendo gravada. Depois de realizadas as entrevistas o material foi descarregado em microcomputador para a transcrição dos dados coletados. A transcrição das entrevistas foi realizada por empresa especializada, sendo que a revisão entrevista a entrevista foi realizada pelo próprio pesquisador.

3.5 Organização e análise dos dados

A fase de organização e análise dos dados compreendeu desde a transcrição dos dados coletados até análise final dos temas identificados no material empírico, consolidado no relatório final da pesquisa.

A análise e interpretação dos dados foi realizada à luz do suporte teórico da integralidade do cuidado em saúde, atento para aquilo que apareceu de divergente, convergente ou inusitado nas falas dos entrevistados.

Os dados resultantes das entrevistas foram analisados mediante “Análise Temática” no paradigma realista. A Análise Temática é um método útil e flexível para a pesquisa qualitativa. Não requer o conhecimento teórico e tecnológico detalhado de abordagens, tais como a teoria fundamentada e pode oferecer uma forma mais acessível de análise, especialmente para pesquisadores no início de investigação qualitativa. Este método funciona tanto para refletir a realidade como para aprofundar sobre uma "realidade". Envolve a busca através de um conjunto de dados obtidos por entrevistas, grupos focais ou uma série de textos para encontrar padrões repetidos de significado (BRAUN; CLARKE, 2006).

A Análise Temática é orientada por seis fases: Familiarização com transcrição de dados; geração dos códigos iniciais; Busca por temas; Revisão dos temas; Definição e nomeação dos temas para discussão; e Produção do relatório. Algumas das fases da análise temática são semelhantes às fases de outra pesquisa qualitativa, portanto, essas etapas não são necessariamente todas únicas à Análise Temática, tampouco são lineares, necessitando que o pesquisador navegue pelas fases durante a análise (BRAUN; CLARKE, 2006).

A Análise Temática pode ser um método essencialista ou realista, que relata experiências, significados e a realidade dos participantes. Centra-se na descrição e compreensão do fenômeno, questiona a existência de uma realidade interno-realista e valiosa a ser analisada, compreende a realidade a partir de ângulos diferentes, em uma perspectiva dinâmica, múltipla e holística (BRAUN; CLARKE, 2006; RIOS, 2013).

Num primeiro momento as entrevistas foram transcritas na íntegra com o objetivo de honrar o pensamento e as opiniões de cada entrevistado nesta pesquisa, comprometendo-se com o sigilo ético-profissional, não alterando as respostas e nem intervindo nas mesmas. Depois de realizadas as transcrições realizou-se releitura do material intensivamente para busca dos códigos iniciais.

Subsequente, os códigos foram revisados, momento em que se definiram, a partir da articulação e rearticulação dos núcleos de sentido, os temas para a análise. Ressalta-se que por

vezes foi necessário retomar a fases anteriores desse processo para elucidar dúvidas e buscar fragmentos para auxiliar na apresentação dos dados. O quadro abaixo exemplifica o movimento realizado neste momento da análise.

Tema	Núcleo de sentido (Código)	Núcleo de registro (Descrição)	Fragmento
Território e a caracterização dos idosos.	Escolaridade – diferenças entre os usuários da zona rural e urbana.	Fala da escolaridade dos usuários do território, indicando que esta é diferente para a zona rural e urbana, mas em geral o nível de escolaridade é baixo.	<i>É, cê falando em idosos portadores de hipertensão. Como a minha, meu PSF é uma Unidade mista, então eu tenho população né, é, hipertensos na cidade e na zona rural. O nível deles é diferente, a maioria do, do pessoal da zona urbana, eles tem né, alguns tem oitava série, alguns até, é, segundo grau, mas a maioria é quarta série mesmo.</i>

Fonte: Elaborador pelo autor. 2018.

Quadro 1 - Exemplo da matriz utilizada para a análise do material empírico.

Nesta investigação, o material empírico, a partir da articulação dos códigos identificados, foi organizado em três grandes temas: *Território e a caracterização dos idosos*; *Organização para o trabalho na Unidade de Saúde* e *Estratégias de acompanhamento e de adesão*.

A discussão foi subsidiada pela seleção de fragmentos dos discursos dos enfermeiros entrevistados, relacionados às boas práticas para adesão de idosos aos tratamentos da HAS.

3.6 Aspectos éticos

Levando em consideração o anonimato e sigilo dos participantes, todos os caminhos metodológicos deste estudo obedeceram às normas estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), garantindo aos informantes deste estudo a preservação de seus dados e confidencialidade da informação fornecida. Para isso foi, inicialmente, solicitada a permissão da SMS do Município de Monte Azul-MG para o desenvolvimento da pesquisa, tendo-se obtido o aval da Secretária Municipal de Saúde para o desenvolvimento da pesquisa (ANEXO A).

Atendidos os requisitos necessários, a pesquisa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) e foi aprovada sob o Parecer Consubstanciado nº 1.792.183 em 26 de outubro de 2016, cujo parecer de aprovação encontra-se em anexo (ANEXO B).

Antes da realização da entrevista com os enfermeiros foi realizado um esclarecimento sobre a pesquisa, explicando os objetivos, metodologia e demais informações pertinentes.

Cada entrevistado foi informado quanto ao direito à privacidade e à preservação de seu anonimato, e esclarecidos sobre o direito à liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento. Os enfermeiros após aceitarem participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

Para resguardar a identidade dos informantes, na apresentação dos discursos, seus nomes foram substituídos pela letra E acompanhada de um número cardinal que indica a ordem de transcrição da entrevista, por exemplo, E1, E2... E11. Por vezes, durante as entrevistas alguns enfermeiros fizeram referências a lugares ou citaram nomes de colegas de trabalho ou usuários, nesses casos essas referências foram substituídas aleatoriamente por uma indicação “enfermeiro”, “povoado” acompanhado de uma letra “Z”, “Y”, assim sendo: “enfermeiro Z”, “povoado Y”, por exemplo. Todas as informações que possibilitassem a identificação do informante, profissionais, usuários e lugares, obtidos durante a entrevista, foram guardadas em anonimato e manipuladas apenas pelo pesquisador e orientadora, com finalidade exclusiva da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

O estudo foi realizado com os 11 enfermeiros, 10 profissionais do sexo feminino e um masculino, que trabalham em unidades da Estratégia de Saúde da Família que compõem a rede de AB no município de Monte Azul. Sete profissionais são casados e os demais solteiros, 10 residem em Monte Azul, na zona urbana e uma em Mato Verde, cidade circunvizinha.

No Quadro 2 é possível observar as características sócio-demográficas e de formação dos sujeitos participantes da pesquisa.

Sujeitos	Sexo	Idade (anos)	Tempo de Trabalho no atual cargo (meses)	Tempo de Formação (anos)	Formação em nível de pós-graduação	Experiência anterior na AB	Outras experiências anteriores na Enfermagem
E1	F	33	11	7	Sim	6a	-
E2	F	29	11	6	Não	8m	6a
E3	F	30	11	7	Não	-	7a
E4	F	33	11	10	Sim	9a	7a
E5	F	32	11	1a6m	Não	-	-
E6	F	29	11	8	Sim	-	5a
E7	F	27	11	6	Sim	4a4m	-
E8	F	29	11	7	Sim	4a11m	-
E9	F	26	11	2	Sim	-	-
E10	F	38	11	6	Sim	-	-
E11	M	32	11	8	Sim	-	7a10m

Quadro 2 - Características demográficas, de formação e da experiência de trabalho dos sujeitos da pesquisa. Ribeirão Preto, 2018.

Todos os profissionais são concursados e ocupavam essa função ao menos há 11 meses³, no momento da coleta de dados. Para seis profissionais esta é a primeira experiência na AB, na função de enfermeiro de equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), os demais tinham experiência prévia nesta área, mínima de oito meses e máxima de nove anos.

³Em função do concurso realizado no município, todos os enfermeiros ocupavam o cargo, no momento da coleta de dados há 11 meses, devido a aprovação no mesmo concurso e receberem posse na mesma semana. Após a posse dos enfermeiros, somente uma enfermeira continuou o trabalho na mesma Unidade, porém antes era contratada. Os demais são “novos” na neste cargo, mas alguns já tinham experiência prévia na AB.

No estudo realizado por Corrêa *et al.* (2012) com enfermeiros da AB atuantes em Cuiabá-MT, constataram que o tempo de conclusão da graduação variava entre menos de cinco anos a mais de 25 anos de formados, onde demonstraram também que a maior parte dos profissionais tinham pouca experiência na AB. Situação com certa semelhança foi encontrada no cenário da pesquisa, quando considerada a experiência na AB dos 11 entrevistados.

Oito profissionais tiveram outras experiências na área de enfermagem ou saúde atuando na gestão, ambulatório médico, hospitais, docência em enfermagem, CAPS e SAMU. Para três profissionais a atual função é a primeira experiência profissional desde a formação. Pode-se afirmar que os sujeitos entrevistados em sua maioria já apresentavam experiência de trabalho na enfermagem, variando de 08 meses a 09 anos de trabalho.

Nenhum profissional tem formação na área de enfermagem anterior à graduação, o menor tempo de formação era de um ano e meio e o maior 10 anos. Oito profissionais realizaram especialização em nível Lato Sensu, sendo que juntos acumulam 13 especializações, nas áreas de Saúde da Família, Educação Permanente, Gestão Clínica, Ginecologia, Saúde Pública, Docência do Ensino Superior, Acupuntura, Enfermagem do Trabalho, Gestão de Serviços de Saúde, Urgência e Emergência, Planejamento Educacional e uma profissional tem especialização, concomitante, em nível Stricto Sensu em Saúde Pública.

O setor da saúde sofre constantes avanços, através de conhecimentos produzidos pela pesquisa científica e introdução de novas tecnologias no trabalho. Por este motivo, os profissionais de saúde, dentre eles os enfermeiros, precisam se atualizar e complementar sua formação profissional, para oferecer assistência de qualidade aos usuários e prestar cuidados baseados nas evidências científicas (ORTEGA *et al.*, 2015).

Segundo Cavalcanti, Viana e Garcia (2010) não é possível que, atualmente, o profissional de enfermagem permaneça somente com os conhecimentos adquiridos durante a graduação. A especialização é praticamente uma exigência para complementar o conhecimento adquirido, assim, a pós-graduação em nível *lato sensu* tem sido uma possibilidade para qualificar enfermeiros. De fato, percebeu-se que a especialização *lato sensu* tem sido a opção para aprimoramento do conhecimento dos enfermeiros participantes deste estudo.

Um estudo espanhol, realizado em Múrcia, com participação de pesquisadores brasileiros, e que teve por objetivo identificar a formação dos profissionais de enfermagem e a adequação da formação na atividade de trabalho que realizam, identificaram que a escolaridade máxima dos 310 participantes era o título da Graduação em Enfermagem (ORTEGA *et al.*, 2015), situação diversa da verificada no presente estudo.

4.2 Território e a caracterização dos idosos

Os enfermeiros trazem em suas falas a caracterização do território em que atuam e do perfil dos idosos nele inseridos. Esta caracterização é importante para contextualizar o cenário de identificação, caracterização e análise das estratégias entendidas como boas práticas de cuidados no sentido da integralidade, ou seja, em suas falas é possível reconhecer o ambiente em que as práticas se processam e para quem ou quais idosos portadores de HAS as práticas são planejadas.

O território do estudo é descrito pelos enfermeiros como misto, há área rural e urbana.

Então, a minha área ela é composta mais por pessoas da zona rural né, minha cobertura é praticamente toda rural e só tem uma parte que é aqui na cidade, que é um bairro, Bairro X, inclusive é um bairro novo, é um bairro de periferia, [...]. E3

Na fala dos enfermeiros emergiu que alguns pontos do território rural são de difícil acesso, o que pode dificultar que os profissionais cheguem até ao usuário, assim como, o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Então, minha área, ela é urbana e rural. A população rural tem uma, uma área principalmente que ela é muito distante, muito isolada, é na serra mesmo, até tem lugares que nem tem sinal telefônico né, é mais complicado e aí tem a população rural que já né, é urbana, que é mais fácil o acesso, mora aqui na região circunvizinha mesmo, da Unidade. E7

A idade dos idosos portadores de HAS parece acompanhar a expectativa de vida de população brasileira, isso faz pensar que apesar da condição de saúde, outros fatores atuam para que as pessoas sobrevivam mesmo com diagnóstico de condições crônicas, ou seja, uma condição crônica de saúde não é uma sentença de morte ou de vida breve.

[...] a maioria das pessoas lá que eu atendo, os hipertensos e diabéticos, a idade deles deve tá em média, uns setenta anos, [...] são mais idosos mesmo, os hipertensos, né. [...] a maioria da população é idosa, tem poucos com idade menos disso (70 anos) [...] E10

Para Fernandes e Soares (2012) é realidade que a população vem envelhecendo vertiginosamente. Dados do IBGE, para expectativa de vida em 2016 mostram que uma pessoa nascida no Brasil nesse ano tem expectativa de viver, em média, até os 75,8 anos. Nascidos no Estado de Minas Gerais têm expectativa de vida de 77,2 anos, superior à expectativa geral do brasileiro (IBGE, 2017b).

O crescimento populacional, relacionado ao aumento da expectativa de vida, representa uma preocupação para os governos e a sociedade, pois trazem repercussões que implicam, necessariamente, em redirecionamento das políticas públicas, em especial aquelas voltadas para aspectos da saúde da população (FERNANDES; SOARES, 2012).

Nas últimas décadas a população brasileira está passando por transformações no seu perfil demográfico e epidemiológico, onde se observa o envelhecimento populacional e aumento das doenças crônico-degenerativas, dentre elas a HAS (SANTOS; SILVA, 2013).

O ganho em longevidade é evidente entre os idosos portadores de HAS, contudo não é possível afirmar que isso representa qualidade de vida. O relato dos enfermeiros entrevistados mostra que o envelhecimento e o surgimento de condições crônicas de saúde é uma realidade na população.

[...] Só de hipertenso e diabético, só lá na Zona Rural X tem quase cem. Num total (toda área da enfermeira) mais de quatrocentos, seiscentos, se eu não me engano de hipertenso e diabético. [...] E10

[...] hoje a gente encontra mais ou menos, pela última estatística que a gente fez duzentos e trinta e cinco, duzentos e trinta e seis hipertensos, há pouco tempo atrás era noventa, ao longo do tempo a gente vai descobrindo novos hipertensos e fechamos esse ano com uma média de duzentos e trinta e seis, duzentos e trinta e cinco hipertensos [...] E11

Os idosos portadores de HAS em sua maioria são aposentados, os residentes na zona rural recorrem ao trabalho na agricultura e pecuária, enquanto os residentes na zona urbana ao comércio, provavelmente como forma de complementar a renda familiar.

O pessoal da zona rural normalmente da agricultura e da pecuária né, que é da lavoura mesmo né, o pessoal e aqui da zona urbana, a maioria, são aposentados. Então, assim, alguns são comerciantes, é, nível superior são pouquíssimos, são raros, mais são comerciantes e hoje a maioria são aposentados. E1

[...] A renda média, na minha área, a maioria é, é, programa do governo, ou são aposentados, aposentadorias ou vivem assim, de colheita, né, da, da zona rural. E2

[...] alguns têm a prática assim de atividade agrícola, eu noto assim, tem terreno, gostam de cuidar, eu acho que um, um costume de Monte Azul, por ser uma cidade pequena, né? A origem desses idosos, a maioria, é a zona rural, então eles, a partir do momento que eles se aposentam, eles tentam voltar a essa vida deles, de mexer um pouco com a agricultura, muitos né, têm essa característica, [...] E4

Na fala dos enfermeiros há também a indicação que os idosos dependem do recurso da aposentadoria para sua sobrevivência, apresentando uma renda restrita a um salário mínimo, havendo necessidade de estes idosos buscarem complementação de sua renda.

Então, os idosos mesmo a maioria são aposentados, aposentadoria. E a maioria deles é de um salário mesmo. E7

[...] muitas vezes os idosos são vinculados a renda que vem através da aposentadoria. Então essa é a renda que eles têm. Quando tem algum da família que trabalha já é um trabalho no campo que pode agregar a renda, mas a maioria das vezes é aposentadoria. E8

De maneira geral, a escolaridade parece baixa entre os idosos portadores de HAS, indiferente da localização, zona urbana ou rural, contudo os idosos residentes na zona urbana são pessoas mais “esclarecidas”, segundo os enfermeiros, quando se referem ao grau de escolaridade dos idosos portadores de HAS.

Como a minha, meu PSF é uma Unidade mista, então eu tenho população né, é, hipertensos na cidade e na zona rural. O nível deles é diferente, a maioria do, do pessoal da zona urbana, eles têm né, alguns tem oitava série, alguns até, é, segundo grau, mas a maioria é quarta série mesmo. [...] Com relação a, a características de informação, normalmente os da zona urbana eles são mais esclarecidos do que os da zona rural e os da zona rural, é, aqueles que têm estudo, quarta série, alguns, oitava série, mas a maioria é quarta série e eles têm um fator assim né, uma característica muito forte que tem uma cultura mais concentrada. E1

[...] minha área é cem por cento urbana, então assim, são idosos que são um pouco mais instruídos, tem muitos afazeres, [...] E4

Então, os daqui da cidade alguns até tem uma boa instrução, um bom entendimento né, mais os da zona rural já são pessoas mais simples né. E7

[...] a maioria deles não tem muito assim, escolaridade, poucos estudaram, a maioria não sabe nem lê, outros fazem assim, só o nome [...] E10

Para Brasil (2004) a escolaridade é uma variável que precisa ser considerada na abordagem de sujeitos para a realização de práticas de promoção da saúde e na proteção e recuperação do estado de saúde. A baixa escolaridade pode afetar negativamente a compreensão do sujeito sobre do conceito de autocuidado.

No estudo realizado por Lima-Costa (2004) para determinar a prevalência de hábitos de vida prejudiciais à saúde entre idosos, percebeu-se que os idosos com menor escolaridade eram mais sedentários e ingeriam menor quantidade de frutas, verduras e legumes. Assim, reforçou-se a evidência de que a escolaridade influencia no estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis.

Em relação à organização familiar do idoso portador de HAS, existem idosos residindo sozinhos, com cônjuge ou filhos, porém essa organização familiar em alguns momentos parece facilitar e em outros momentos dificulta o acompanhamento e o uso correto das medicações prescritas.

[...] Muitas vezes os idosos moram sozinhos, ou moram dois idosos, por exemplo, eles não lembram que tem que tomar um remédio de manhã, de tarde e um a noite, só toma de manhã, às vezes só toma a tarde, às vezes só toma a noite, talvez já tomou e toma novamente. Então a gente vê uma dificuldade neles com isso. [...] E8

[...] Elas vivem geralmente em sua, em casa com a família, né, com a maioria deles vive assim, ou às vezes só com o esposo, outras vezes moram com os filhos [...] E10

[...] já percebi casos aqui de idosos, tanto marido, esposa, somente os dois morando sozinhos, [...] quando tá só esses dois idosos na casa, já percebi vários casos aqui já, aquele idoso, aquele hipertenso tá tomando medicação de maneira errada. [...] E11

[...] Pelo fato dos médicos aceitarem renovar receita sem ver o paciente, então né, a família, “ah! Tem a dificuldade de trazer, é difícil vir andando né, mora longe”. É difícil deslocar, acaba vindo uma pessoa da família e o médico passa a receita. [...] E7

De acordo com Reis e Trad (2015), é essencial que no planejamento da assistência ao idoso se tenha uma compreensão do contexto familiar onde estes está inserido. Isso implica

entender as questões da formação e da dinâmica de funcionamento da família. Para Almeida (2005) a família é uma rede de apoio necessária em qualquer momento da vida, mas se torna essencial durante os períodos de insuficiência da capacidade física e/ou psíquica, seja ela transitória ou permanente.

Conforme Mesquita (2011) as redes de apoio proporcionam suporte social com benefícios para quem presta o suporte e para o recebe. Elas colaboram para diminuir o isolamento do sujeito e facilita o envolvimento social e assim dá sentido à vida do indivíduo. O autor ressalta que apesar de constatada que as redes sociais se estabilizam e tem tendência à redução na idade avançada, relacionar-se com outras pessoas é fundamental em qualquer fase da vida.

Segundo Rodrigues e Silva (2013) uma boa rede de apoio social permite aos idosos viver uma velhice harmônica e pouco estressante. Construir uma boa rede de apoio social implica em relacionar-se com outras pessoas, porém, é um processo delongado e trabalhoso, pois amizades e vínculo se constroem ao longo do tempo.

As relações de confiança e solidariedade entre pessoas, grupos de indivíduos e populações de uma comunidade são essenciais para a promoção e proteção da saúde dos idosos, assim como de uma coletividade. Ter redes de apoio, e mais que isso, perceber o apoio recebido dos integrantes da rede melhora as condições de saúde, consequente a isso, possibilita ao idoso ser ativo e cuidadoso com sua saúde (SERBIM, 2012).

Na fala dos enfermeiros encontra-se presente que os idosos portadores de HAS não têm adotado estilos de vida saudáveis, sendo que alguns comportamentos como o etilismo, tabagismo, sedentarismo e alimentação inadequada, para a condição de saúde, estão presentes e são incoerentes com as políticas públicas de saúde e recomendações dos profissionais de saúde.

[...] tem uma região mesmo que eu tenho, Povoado Rural Y, que tem muitos etilistas, idosos etilistas, [...] pacientes idosos da zona rural tem problema com cigarro né, muitos fumantes. E3

[...] a alimentação deles, do pessoal da zona rural é de uma forma diferente, eles comem em excesso gorduras animais que a gente vê que não faz muito bem, então isso aí tudo atrapalha. E8

[...] a maior falha da questão desses surtos de pressão, dessa causa de pressão, fora a alimentação, né, e o estilo de vida que a pessoa leva é a questão da medicação que eles não tomam corretamente. E10

[...] vejo também, constante, é o sedentarismo que eu vejo, que continua ainda tendo bastante na nossa área, tabagismo, alcoolismo também, nesse caso também tem uma certa influência. E11

Os idosos não possuem meio de transporte para participação nos grupos de atividade física, além de não possuir um espaço físico adequado para realizar atividade física. Dessa

forma, o fato de residir na zona rural também interfere na adoção de um tratamento não medicamentoso adequado.

Não tem carro, né, dificuldade de acesso. E2

[...] o não medicamentoso, no caso, exercícios físicos, é um pouco mais complicado, porque eles não têm aquele espaço, a academia da saúde é muito boa, mas é na cidade, não tem aquele espaço na zona rural. [...] E8

O estresse parece ter uma relação direta com o contexto atual e com novas formas de organização familiar, assim como com as atribuições assumidas pelos idosos neste cenário, segundo os enfermeiros entrevistados. Dessa forma essas cargas merecem ser repensadas pelos familiares, visto os efeitos deletérios do estresse sobre o controle da PA.

[...] às vezes preocupações com problemas familiares, o estresse, hoje o estresse é um problema que leva a uma situação que desencadeia outros problemas, eu noto que é bem frequente no idoso, as pessoas idosas, elas tão assumindo muito a responsabilidade ainda dos filhos, cuidar de netos, de problemas assim com netos, filhos mais novos, então eu acho que isso daí tá pesando muito, tá sendo um dos motivos que tá levando a esses descontroles. E4

Foi identificada na fala dos sujeitos a presença de comorbidades entre os idosos portadores de HAS, sendo prevalente o *Diabetes Mellitus (DM)*.

Diabetes. Aqui é diabetes (comorbidade), isso. E alguns poucos, muito pouquíssimos, doença renal crônica, mas são poucos né, mais a maioria são diabéticos. E1

[...] Diabetes é a mais comum, cardiopatias também tem alguns que tem, mas a mais comum é diabetes. E7

Na maioria das vezes é a diabetes, que é o que a gente mais encontra. E8

A maioria além da hipertensão, tem um número relativamente proporcional, mais ou menos um quarto dos hipertensos são diabéticos [...] a maioria encontrada são diabéticos, tem alguns portadores de chagas, obesidade [...] E11

Os enfermeiros apontam outras importantes alterações, tais como as cardiopatias e doença renal crônica que indicam progressão desfavorável da condição de saúde, com agressão a órgãos alvos. A Doença de Chagas também merece atenção em virtude das alterações que implica na atividade cardíaca. Não menos importante, frisa-se também a presença de colesterol alto e obesidade como fatores complicadores para saúde do portador de HAS.

[...] minha área é uma região endêmica né, de Chagas. Tem muita Chagas lá, demais. E2

[...] mas eu tenho muitos casos de pacientes chagásicos na minha área, mas associado a hipertensão [...] E3

[...] Um outro problema que eu vejo que está associado também (com a HAS), colesterol alto, né, alguns obesos também, a questão de controle do peso, [...] E4

Tem, tem muito deles, tem muito problema cardíaco mesmo, muito problema de coração, outros com diabetes, né, que é o que o mais tem, muitos também com diabetes, mas a maioria, eu acho mesmo que é problema cardíaco mesmo, isso tem bastante mesmo, obesidade, muita também. E10

Outro aspecto que também é recorrente na fala dos enfermeiros são as crenças, que permeiam o comportamento dos idosos portadores de HAS em relação ao tratamento.

[...] a maioria das vezes quando ele se sente mal, apresenta mal-estar em casa ou alguma coisa, no primeiro momento eles partem pra medicina alternativa, né, para a crença, para a alternativa cultural mesmo de família, que minha vó ensinou, alguma coisa assim e quando eles não têm uma melhora, quando os sintomas permanecem, os sinais permanecem, acaba procurando a unidade de saúde, ao contrário do que seria ideal procurar imediato a unidade de saúde, né. [...] E11

Apesar das crenças serem comuns aos idosos, naqueles residentes na zona rural e do sexo feminino, estas parecem estar mais enraizadas.

Olha, principalmente a zona rural, na zona rural é, tem muitas questões, muito de acreditar no que os avós ensinavam, no que os pais falavam, então às vezes atrapalha um pouquinho o trabalho, porque, assim, não vai de acordo com o que a gente né, estipula pra ele, com o que a gente fala. E7

[...] como eu falei pra você, a população idosa da minha área tem muito essa proximidade com área rural, e é onde que tem a maior parte desses costumes, né? De chá, de as vezes não querer aderir a um medicamento e preferir ficar usando um tratamento mais natural, tem uma resistência as vezes em aderir à informação que a gente dá, alimentação deles é uma coisa que a gente bate muito, a gente trabalha muito, mas eles... [...] é difícil mudar o pensamento das pessoas [...]. E4

Assim, pelas falas dos enfermeiros, a adoção e adesão ao tratamento medicamentoso regular é influenciado por crenças presentes entre os idosos, especialmente naqueles residentes na zona rural, como já apontado.

[...] igual eu te falei, eu tenho uma dificuldade um pouco maior com essa questão da medicação que eles têm “ah, minha pressão está alta eu tomo um chazinho”, o agente de saúde vai e me liga “olha Enfermeira Z, fulano, paciente tal, está com a pressão muito alta e não quer ir à unidade e disse que vai tomar um chazinho aqui mesmo”, é muito comum isso acontecer na zona rural. E3

[...] Muitas vezes eles deixam de tomar o medicamento para aderir a chás milagrosos, as famosas, que eles falam, batidas que muitas vezes são vendidas em carros, então a gente tem essa dificuldade, [...] E8

Ainda, a adoção hábitos alimentares saudáveis e a prática da medicina alternativa aparecem como principais práticas influenciadas pelas crenças.

[...] é mais difícil de lidar com o pessoal da zona rural com relação a isso, porque às vezes com relação à alimentação né, eles já alimentaram até sessenta, setenta anos de uma forma, aí você chega, então, assim, tem que ter um jogo de cintura, um manuseio muito grande pra mostrar pra eles. E com relação a esta característica o pessoal da zona urbana, eles têm uma mente mais aberta, vamos dizer com relação a isso. E1

Ah, nesse sentido, tem, tem, existe crenças que atrapalham sim. Né, essas questões é, chá, fitoterápicos né, que eles acham, que acreditam que vem dos idosos que ensinaram [...] E2

Percebo, é a população principalmente, a parte do sexo feminino, elas, acreditam muito na questão dos chás né, e às vezes elas acham que a medicação pode ser substituída apenas pelo hábito de tomar o chá. E6

[...] eu percebo que ainda existe essa questão cultural, essa questão da crença e que influencia no tratamento, muitos deles ainda continuam utilizando de chás, de

medicina alternativa, de cultura que vinha passando de gerações em gerações, né?[...] E11

Os enfermeiros entrevistados apontam que a conduta de enfermagem frente às crendices que influenciam no tratamento medicamentoso é esclarecer o idoso portador de HAS sobre os benefícios do tratamento correto e orientações referentes à interação medicamentosa que pode ocorrer em função do uso de chás e interferir na ação dos fármacos.

[...] chamo atenção para tomar o remédio, o poder do remédio, para que que o remédio serve, para que que é bom. Se pode tomar remédio junto com as ervas que eles costumam tomar, porque eles têm essas crendices na zona rural, [...] tento no caso, orientar, eu não “tiro” eles, eu falo com eles, o que tem lá nas plantas medicinais também que podem interferir (no tratamento medicamentoso). [...] E10

O uso de plantas medicinais é uma prática bastante comum na população geral, entre os portadores de HAS não é diferente, estes aderem a essa prática, rotineiramente, a fim de solucionar problemas agudos e para prevenir complicações da HAS (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Segundo Dotta e Paniz (2013) cerca de um terço dos portadores de HAS acreditam em crenças populares para tratar sua condição de saúde. As crenças em uso de chás como tratamento da HAS podem, contudo, facilitar a interação com os medicamentos anti-hipertensivos, diminuir a ação farmacológica do princípio ativo e provocar efeitos adversos à saúde dos usuários portadores de HAS.

Oliveira e Araújo (2007) ressaltam que não se deve ingerir qualquer tipo de preparado de plantas, sem antes ter acesso a orientações sobre as indicações, preparo e administração, assim como não se deve utilizar misturas entre plantas ou ingeri-las associadas a medicamentos industrializados.

Estes são aspectos que necessitam de atenção pelo pessoal de saúde, que demanda uma ação não de proibição da utilização, mas de orientação necessária sobre efeitos e situações adversas, utilizando intensamente a comunicação e os processos de negociação junto aos idosos.

Oliveira *et al.* (2014) realizaram um estudo com usuários de uma UBS a fim de investigar os saberes que subsidiam o uso de plantas medicinais por portadores de HAS, onde identificaram que os sujeitos usam plantas medicinais, isoladas ou combinadas com as drogas anti-hipertensivas quando a PA está elevada e presumiram este comportamento quando ocorre manifestações clínicas como cefaleia, ansiedade, tontura, alterações visuais e tremores no corpo.

Estes autores, contudo, frisam que a utilização de plantas com fins medicinais é um campo promissor para pesquisas e desenvolvimento de ações de educação em saúde, para esclarecer aos adeptos as evidências científicas para o uso seguro das plantas e seus derivados.

Assim, os enfermeiros e outros profissionais da saúde, especialmente os inseridos na AB, devem realizar investigação detalhada para identificar esta prática entre os usuários do serviço, para auxiliar e direcionar o tratamento de seus clientes de forma segura.

Frente às características e comportamentos adotados pelos idosos portadores de HAS, os enfermeiros entrevistados relacionam isso a certo desconhecimento destes idosos em relação a sua condição de saúde. De alguma maneira o desconhecimento pode justificar os comportamentos de risco que estes assumem em relação à gestão de sua condição de saúde.

[...] existe ainda alguns idosos, assim, que são, que tem a cultura muito forte né, que acham que tem a pressão alta, mas não tá sentindo nada né, porque a pressão, ela só tá controladinha o paciente vai viver tranquilamente, então, essa dificuldade, [...] então esses de risco médio e baixo risco, eles num tem ainda uma, é, uma consequência maior, então assim, a dificuldade é essa, porque o hipertenso, ele não sente nada, de sintomas né, quando tá tudo bem e se ele não tá sentindo nada ele acha que ele não tem nada. E1

[...] muitos deles (portadores de HAS) não sabem nem o que é hipertensão. Eles sabem, ah, eu tenho pressão alta, não sabe por que, o que quê eleva, o que isso causa no corpo. Eles não sabe o poder que a alimentação tem sobre a hipertensão. [...] E10

Outras características dos idosos também podem estar relacionadas ao comportamento e estilos de vida adotados, sendo que os enfermeiros citam as dificuldades próprias do envelhecimento como determinantes para que os idosos não realizem o tratamento adequadamente, somado a isso tem a situação socioeconômica, a escolaridade e a baixa procura dos idosos portadores de HAS pelos serviços na Unidade de Saúde.

[...] Eles falam para gente que tomam. Mas você vai perguntar o que você toma? Explica aí qual remédio. Vai, pega tudo errado. Eles tomam dois remédios na mesma hora e que é pra mesma coisa. E não tomam o outro meio dia, e não sabe, não tem como cortar. Que muitos deles tomam meia, às vezes a miligrama não vem. [...] E10

[...] eu vejo na nossa área tem um pessoal de baixa renda, muitos não estudaram, alguns são analfabetos, eles têm certa dificuldade de ler a receita do médico, [...] tem aqueles que realmente gostam de vir à unidade por questões mínimas, outros que não frequentam a unidade de jeito nenhum, não gostam de unidade de saúde, às vezes acha que não tem necessidade de passar no médico. [...] E11

Ainda, somado a essas características, o idoso portador de HAS, residente na zona rural, apresenta resistência aos tratamentos. Essa resistência possivelmente tem origem em crenças e conhecimento insuficiente sobre a condição de saúde.

Minha dificuldade é por ser área rural, tem a dificuldade resistência que o idoso tem, que é da natureza do idoso, muitas vezes ser resistente aos tratamentos, é isso minha maior dificuldade. E3

O desconhecimento em relação à condição de saúde, identificado pelos enfermeiros, determina preocupação constante desses profissionais em relação ao tratamento, em especial

ao tratamento medicamentoso. Essa preocupação pode ter relação também com o fato, apontado pelos enfermeiros, de que a maioria dos idosos portadores de HAS realiza tratamento medicamentoso, assim como mais uma vez, uma preocupação reforçada pelas características particulares dos idosos.

[...] ainda tem muitos né, que pensam, ah, a pressão controlou então melhorei, né. Eu acho que essa prioridade relacionada com a medicação e com relação à dieta, porque não são todos, a maioria dos hipertensos, eles tão acima do peso né, se for olhar a circunferência abdominal, isso aí tudo, ele tá um pouquinho. Eu acho que com relação ao tratamento mesmo, é o tratamento medicamentoso, porque a maioria dos hipertensos que nós temos hoje é tratamento medicamentoso. E1

[...] Preocupo muito com a medicação, se ele tá tomando no horário certo, se ele tá tomando nas duas vezes por dia, se é duas vezes que ele toma. Se tiver o AAS, que toma na hora do almoço, eu pergunto, cê tá tomando mesmo, então eu preocupo mais com medicação [...] E9

A preocupação com a saúde mental dos idosos portadores de HAS também apareceu nos relatos dos entrevistados e pode ser um fator colaborativo ou que potencializa a dificuldade do idoso em si autocuidar: *[...] a questão, é, saúde mental, ali que tem muito problema mental, né, [...] E10*

Esta situação pode ser agravada pela condição de saúde (não aceitação), limitações da idade e organização familiar, que são características desses idosos.

Esse tema trás elementos importantes da atuação dos enfermeiros sobre as características dos idosos portadores de HAS. A assistência de enfermagem varia de acordo a localização do idoso no território, os enfermeiros atuam sobre as crenças que dificultam os idosos, especialmente da zona rural em aderir aos tratamentos, assim como aproveitam dos momentos que estes idosos estão presentes na UBS para fazer acompanhamento regular. Essas atitudes dos profissionais são coerentes com as correntes de pensamento sobre a integralidade da atenção.

4.3 Organização para o trabalho na Unidade de Saúde

Neste tema estão incluídos os aspectos que os enfermeiros apontaram relativos ao acesso e acessibilidade dos idosos portadores de HAS ao serviço de saúde, os motivos da procura pela UBS e o processamento do acolhimento, a conformação da rede de atenção disponibilizada para atender as demandas de saúde, a infraestrutura logística, física e os recursos materiais disponíveis e a articulação do trabalho em equipe como estratégias para acompanhamento dos usuários portadores de HAS.

4.3.1 Acesso e acessibilidade aos serviços pelo idoso portador de HAS

Ao se falar em acesso à rede de atenção, está se falando de um princípio constitucional do SUS, onde independente de qualquer situação ou característica populacional, os indivíduos têm direito ao acesso universal aos serviços de saúde.

Por meio da garantia de acesso aos serviços é possível promover saúde e levar aos idosos, acompanhamento e tratamento adequado para sua condição de saúde. O acesso ao serviço de saúde é uma variável que influencia na maneira como os idosos portadores de HAS conseguem cumprir o tratamento.

A distância geográfica da Unidade de Saúde é um elemento que pode influenciar no acesso às práticas de cuidado para os idosos portadores de HAS, especialmente para aqueles residentes na zona rural.

[...] Tudo é longe. Tem uma localidade que demora meia hora para chegar. Eu fui em uma localidade que passava dentro de rio, pra eu visitar uma hipertensa, idosa. Quando está chovendo não passa, abrimos porteira, foi meia hora mesmo para ir, e meia hora para voltar [...]. E10

Conforme Silva (2011) as dificuldades de acesso e acessibilidade encontradas pelos usuários do serviço de saúde na zona rural contribuem para falta de assistência a essa população, conseqüentemente, a condição de saúde pode ser agravada e a qualidade de vida comprometida.

As falas dos enfermeiros evidencia que existe diferença no acesso aos serviços entre idosos residentes na zona urbana e rural, sendo que o principal fator que dificulta o acesso aos serviços e à UBS é a distância para deslocamento dos idosos, quando residentes na zona rural. Já para os idosos residentes na zona urbana a distância não parece dificultar o acesso à UBS e serviços.

O paciente, saúde da família, na zona rural, ele é um pouquinho mais complicado de se trabalhar, principalmente em questão do acompanhamento desses idosos e hipertensos. Porque? Por causa da longevidade (distância), muitas vezes, do PSF, onde esse paciente está morando [...] As principais dificuldades são muitas vezes a distância do PSF e de algumas áreas. A gente tenta fazer um cronograma que consiga levar a orientação para todos os idosos daquelas áreas, mas tem algumas áreas que eles não se deslocam, então a dificuldade maior eu vejo é isso [...] E8

[...] agora na cidade é mais fácil, porque o bairro aqui perto, então sente qualquer coisa eles procuram (a UBS). E3

A mobilidade faz parte das atividades humanas, assim a necessidade de locomover-se faz igualmente parte das atividades humanas, porém a distância a ser percorrida pode restringir o acesso ao serviço de saúde. A distância perde importância à medida em que a

acessibilidade é melhorada, por exemplo, por um sistema de transporte (CAMARGO, 2011) adequado.

O fato de residir na zona rural influencia no acompanhamento e tratamento da HAS de várias maneiras. A distância e localização geográfica das Unidades de Saúde, na zona rural, dificultam a comunicação com o usuário, as residências são muito afastadas e o sinal de telefone não tem a qualidade necessária.

[...] o contato acaba ficando difícil, pois principalmente a zona rural é muito afastada, [...] E7

[...] A gente não tinha contato com ninguém, porque celular quase não pega, sinal da operadora X não pega, aí fica aquele problema, tinha esse problema. [...] E10

Segundo Melo (2016) a acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde sofre influência de características dos próprios serviços e dos atributos econômico, social ou cultural dos sujeitos que podem ou não ser empecilhos para acesso ao serviço.

O aspecto geográfico requer ações para ampliar e descentralizar a oferta de serviços para aproximá-lo dos usuários. Enquanto aspecto da organização dos serviços, a acessibilidade pode ser aperfeiçoada pela reorganização de aspectos do processo de trabalho, como facilitação do agendamento de consultas e exames, acolhimento e circulação dos usuários pela rede de serviços. O aspecto econômico e social/cultural é demonstrado pela posição que o sujeito assume no espaço social e econômico. Mensurado pela renda, escolaridade, ocupação e trajetória social, estas variáveis indicam que pertencer a um espaço social de maior capital cultural e econômico e ter uma ocupação qualificada influencia de forma positiva na acessibilidade aos serviços da rede de saúde (MELO, 2016).

Cunha e Vieira-da-Silva (2010) realizaram um estudo para analisar a implantação de ações voltadas para a acessibilidade na AB em um município da Bahia, Brasil, e evidenciaram ampliação do acesso aos serviços e relacionaram a uma melhoria na acessibilidade geográfica, contudo perceberam persistência de obstáculos relacionados no modo de organizar os serviços. Segundo os autores, a acessibilidade sofre influência da inexistência de protocolos para agendar e acolher o usuário na AB, assim, recomendam articular práticas com clareza quanto às rotinas para atender e encaminhar os usuários na rede de atenção para melhorar a acessibilidade.

No estudo de Melo *et al.* (2013) realizado com portadores de HAS para avaliar a acessibilidade geográfica e econômica dos usuários à ESF identificaram que o acesso aos serviços de saúde era facilitado, principalmente no momento do tratamento da HAS, não apresentando barreiras geográficas e econômicas.

Nesse item merece destaque a observação de que residir na zona urbana é positivo quando se pensa em ter acesso ao serviço de saúde, porém, é uma constatação, nesse cenário, que não contribui para integralidade da atenção de um modo universal e merece reflexão dos gestores sobre a oferta de serviços de alcance universal.

4.3.2 Os motivos da procura pelo atendimento na Unidade de Saúde

Na fala dos sujeitos entrevistados também aparece o motivo da procura dos idosos pelas Unidades de Saúde, sendo que os idosos procuram-nas para tratamento da HAS, mensuração rotineira da PA, devido à solicitação do médico, ocorrência de pequenas intercorrências, renovação da receita de medicamentos dentre outros motivos.

Na maioria das vezes o idoso busca a Unidade de Saúde para a mensuração rotineira da PA, quer seja quando acreditam estar “descontrolada” ou na existência de algum sintoma ou ainda para renovação da receita médica.

Mais pra aferir a pressão quando eles sentem que a pressão está descontrolada. Né, sempre aí relata que sentiu uma dor de cabeça, uma tontura ou quando o próprio passa por uma consulta médica e o médico solicita que venham fazer o controle da pressão. E6

Mais pra renovação de receita, mais pra isso mesmo [...] ele está sempre vindo renovar a receita deles né. Praticamente renova de seis em seis meses, mas os hipertensos aqui, eles vem mais vezes, antes de completar seis meses eles estão aqui, pra consultar, pra saber como tá a saúde, eles também, toda semana vem aferir a pressão, a maioria deles, não são todos, mas a maioria deles vem aqui na semana aferir a pressão [...] E9

Para os enfermeiros entrevistados, o idoso chega a Unidade de Saúde por demanda espontânea, devido a PA descontrolada como já apontado, caracterizando atendimentos de urgência ou emergência, nem sempre de maior gravidade.

Quando esse idoso chega na unidade, normalmente ele vem pela demanda espontânea, né, [...] E11

A gente trabalha com pacientes agendados, a maioria, mas a demanda espontânea existe [...] a gente tenta atender de forma agendada justamente para prevenir essas situações de urgência e emergência, mas às vezes acontece, [...] e quando acontecem situações, dessa demanda espontânea aí, eles vêm para cá, quando eles vêm para cá com a pressão descontrolada [...]mas não tem jeito, né, às vezes um pico de pressão eles vem aqui, a gente queria que não existisse, mas às vezes falha na utilização da medicação, problemas que a gente não consegue evitar, então acaba tendo essa demanda espontânea. E4

Tem, tem livre demanda também (atendimento), sempre que eles precisam, que eles percebem e tem algum sintoma, eles procuram a UBS [...] E3

Assim, na busca por atenção à saúde, os idosos portadores de HAS, como já apontado, procuram muitas vezes a Unidade de Saúde quando da presença de intercorrências, que por

vezes podem apresentar gravidade e haver a necessidade de serem encaminhados a outros serviços, como por exemplo, ao hospital.

[...] a gente dá um primeiro atendimento aqui, às vezes é feito uma medicação sublingual aqui para controlar, se não controlar, a gente encaminha para o hospital. [...] E4

[...] no primeiro momento a gente avalia pressão, vê os dados vitais e se o médico estiver na unidade, logo comunico o médico, às vezes tem alguma fila de usuários que vão passar pelo médico, mas a gente dá prioridade, a gente faz uma triagem e a gente já passa, já encaminha logo o usuário idoso hipertenso direto pra sala do médico, o médico avalia, [...] ele avalia e vê a necessidade de encaminhá-lo ou não para o hospital [...]. E11

Ainda, cabe destacar que as intercorrências se caracterizam de distintas maneiras, uma tontura, dores, queixas agudas que nem sempre se traduzem por uma PA fora dos limites de normalidade, mas que levam o idoso à Unidade de Saúde devido ao receio de ser uma situação mais grave.

[...] É, por exemplo, uma tontura, senti, né, é, é, uma dor, queixas assim, agudas [...] ou a gente vai lá e mede não tá controlada, aí eles vão consultar, entendeu? E2

[...] Ah dor de cabeça né, cefaleia, dor na nuca, quando eles percebem que estão esses sintomas, dormência, que é quando preocupa em está procurando, com medo da pressão está muito alta. E3

[...] a maioria das vezes eles estão sentindo um pouco mal, né. Outras vezes eles estão, assim um pouco depressivo também, tem muita pessoa depressiva, sentindo carente [...]. E10

Desta forma, mesmo quando a busca pelo serviço de saúde não tem relação direta com a alteração da PA, mesmo nestas circunstâncias, o idoso portador de HAS é também avaliado considerando o fato de ser um usuário portador de HAS.

Às vezes eles retornam aqui pra uma outra coisa que não seja uma consulta é, do hipertenso, vamos dizer assim, por uma outra queixa, mas nós sempre temos retornando naquele contexto principal que é ele ser hipertenso. E1

Em outros momentos a intercorrência se relaciona ao quadro de HAS derivada da ausência de um controle adequado por parte do idoso, que não busca o serviço de saúde, só o fazendo em situações onde está instalado um problema que ele identifica como grave e que não consegue resolver com os recursos que dispõe.

Com a pressão alta, descompensada, uma dor de cabeça né, ou uma tontura que eles ficam com medo de ser alguma coisa com relação à pressão, então vem com uma dor de cabeça, com um mal estar, com uma tontura aí eles associam a uma pressão alta. E1

[...] eles só procuram o atendimento quando, vamos dizer assim, quando a bomba estourou, entendeu? Quando eles realmente estão com um pico de pressão muito alto, não conseguiu controlar em casa com medicamento, com os chás deles, que tem muitos que tomam chás [...] Muitas vezes procura a unidade por alguma queixa. Na maioria das vezes é visão borrada, tontura, e aí quando a gente chegar a aferir a pressão, a gente vê que está tendo hipertensão arterial. [...] E8

[...] quando essa pessoa já vem procurar a unidade de saúde, às vezes está com exames totalmente alterados, às vezes está com hipertensão e não sabia, teve que apresentar os sintomas. E11

Na fala de alguns enfermeiros, é apontado o trabalho de prevenção efetivado pelas equipes junto aos idosos, o que modula a demanda espontânea permitindo que a equipe trabalhe organizando o agendamento dos idosos portadores de HAS, sem deixar de processar o atendimento quando das ocorrências de intercorrências com estes idosos.

Ela é bem pouca aqui (demanda espontânea), não tem muita não, justamente porque a gente trabalha com a prevenção, [...] E4

[...] esse acompanhamento, como eu já fui te falando é feito, é ... espontâneo, alguns chegam lá com demanda programada, através do agente de saúde, quem não está vindo, ele agenda a consulta, mas mais é por demanda espontânea. E8

Geralmente é livre demanda, mas só que aí também tem agendamento, por causa dos grupos operativos eu já aproveito né. Temos aqueles hipertensos, principalmente que nem vem aqui, aí quando vem no grupo operativo já coloca no consultório, né, já aproveita. E9

É, inicialmente aqui era mais por livre demanda, tinha as vagas para agendamento mas, assim, como ainda não estava sendo, de forma criteriosa, a classificação de risco, então eles iam mais por livre demanda, mas hoje nós tamos agendando por conta dessa classificação de risco né. E1

Aparecem nas falas dos enfermeiros que atuam na zona rural dificuldades para realizar programação agendada. A busca pelo serviço no território rural acontece majoritariamente pela demanda espontânea e parece relacionada à intercorrências.

[...] porque assim, na minha área é difícil da gente fazer uma programação agendada, né, mais por demanda espontânea [...] quando sente alguma coisa que eles vão, entendeu? É muito difícil demanda agendada. Eu tenho muita dificuldade nisso lá. E2

A dificuldade relatada corrobora com os achados de Pitilin e Lentsck (2015). Segundo estes autores, a população rural utiliza serviços de saúde com ações que priorizam a demanda espontânea na Unidade de Saúde, onde não há planejamento para desenvolver ações programadas para atender as demandas dos usuários.

Embora não disponham de instrumentos com maior acurácia, os enfermeiros apontam que o trabalho de prevenção acaba levando a uma diminuição dos casos mais graves em seu território: “Olha, a questão de pico hipertensivo, de urgências hipertensivas [...] não veem apresentando frequentemente, poucos casos que surgiram [...]” E11

As equipes de saúde da AB têm como importante desafio desenvolver um processo de trabalho que tenha como base o planejamento de ações. A implantação da ESF no Brasil trouxe nova perspectiva para reorganizar o acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo SUS, assim como para direcionar as demandas da população, pois tem em seus eixos a promoção da saúde e prevenção de agravos a partir do acompanhamento longitudinal (VELLOSO, 2012).

No entanto, atender as demandas espontâneas pode melhorar a qualidade do cuidado prestado pelo acesso ao serviço prontamente ao surgir à necessidade. Por este motivo, estratégias devem ser implementadas para solucionar a dificuldade do usuário em acessar o serviço e efetivar as ações da AB com integralidade (SOUZA; ZEFERINO; FERMO, 2016).

Conforme Brasil (2017a) os serviços de atenção à saúde devem preconizar atender qualquer tipo de demanda, porém percentuais elevados de atendimento a um tipo de demanda pode indicar negligência a outros tipos. O privilégio em excesso de consultas agendadas, por exemplo, infere falta de tempo/oportunidade para atender demandas espontâneas. Assim, é recomendado que os serviços se organizem para ofertar atendimento à demanda espontânea e programada, considerando-se o perfil epidemiológico do território, as necessidades de saúde dos usuários e à dinâmica de trabalho da equipe. Nesse sentido, como parâmetro para avaliação do serviço sugere-se que o atendimento à demanda espontânea e consultas agendadas seja equivalente a 40 e 60%, respectivamente, dos atendimentos de médicos e enfermeiros na AB.

Visto pela perspectiva da Constituição Federal de 1988, onde no artigo 196 garante que o acesso às ações e serviços de saúde deve ser universal e igualitário para todos os brasileiros (BRASIL, 2017b) e do documento “Acolhimento à Demanda Espontânea”, do Ministério da Saúde do Brasil, o atendimento, tanto a demanda espontânea como a programada, são importantes, pois o usuário também define, de diversas formas e variados graus, qual a sua necessidade de saúde, que pode ser apresentada ao serviço como uma demanda espontânea ou programada e que deve ser acolhida, refletida e legitimada (BRASIL, 2013b).

Dessa forma, pelos relatos dos enfermeiros participantes deste estudo, a programação de atividades para os idosos portadores de HAS parecem se constituir em melhores práticas, por trabalhar a prevenção de agravos e promoção da saúde, uma vez que a demanda espontânea frequentemente está relacionada à intercorrências por uma baixa adesão aos tratamentos.

Em muitos momentos, os idosos procuram a Unidade de Saúde quando preocupados com o agravamento de sua condição de saúde, frente a uma informação recebida por amigos, parentes e/ou pela mídia.

Porque eles vêm sempre preocupados né, preocupados, alguma informação que eles têm, jornal, televisão, eles acabam preocupando [...] e aí eu vejo que eles procuram mais nessas situações, por preocupar né, com agravamento de saúde, preocupam muito com AVC e aí eles procuram mais dessa forma. E3

A mídia consegue moldar a opinião dos telespectadores sobre determinados assuntos a partir da forma como veicula matérias. Esta influência é concreta e molda a opinião de pessoas de todas as classes e níveis socioeconômicos (MORAES *et al.*, 2017).

Segundo Akira e Marques (2009) para que as notícias causem impacto sobre a população é necessário que haja identificação do público com a situação e que a notícia se relacione com a realidade da população. Dessa forma, características da personalidade do sujeito e forma de divulgação, por exemplo, podem influenciar sobre a procura da população pelos serviços de saúde.

Diversos estudos realizados em contextos e cenários particulares apontam para a influência da família e amigos na adoção de cuidados com a saúde e comportamentos de risco em diferentes fases da vida, como observado em Silva e Costa Júnior (2011), Silva *et al.* (2014), e Tomé *et al.* (2015).

A comunicação é ferramenta de trabalho da enfermagem e deve ser efetiva para que haja boas relações interpessoais entre os colegas de trabalho e os usuários do serviço. Assim, a efetividade da comunicação é importante para que ela se estabeleça sem imposições, ruídos ou barreiras entre os profissionais e evite conflitos e contradições nas orientações compartilhadas com os usuários (BROCA; FERREIRA, 2015).

Para os enfermeiros, as intercorrências são mais comuns em idosos portadores de HAS que moram sozinhos ou entre pares e estão relacionadas a dificuldades com o tratamento medicamentoso, assim parece que o avançar da idade contribui para a não adesão ao tratamento da HAS que repercute em descontrole dos níveis pressóricos e dislipidemias.

[...] a gente vê que esses casos que surgem são os idosos que moram sozinhos ou moram com uma parceira que também é idosa, que tem certa dificuldade em tomar o medicamento no horário correto, que ainda confunde medicamento, as vezes o medicamento que é pra tomar de doze em doze horas, tomam uma vez só por dia, [...] E11

[...] alguns ainda tem assim, às vezes a pressão... apesar de usar a medicação, a gente ainda encontra alguns valores, né, que mostram descontrole de nível pressóricos, dislipidemias, né? Também, né, às vezes eles não têm tanto controle assim, eles.... [...] E1

Nesse sentido, para que os cuidados direcionados aos idosos portadores de HAS sejam efetivos e eficazes é importante que a atenção à saúde funcione em redes assistenciais, para facilitar o diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento continuado do usuário (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

As redes de atenção à saúde são organizadas para contribuir para a atenção continuada das necessidades de serviços de saúde integral e de qualidade para a população assistida. A AB é essencial na constituição da rede de atenção em saúde, é um espaço importante para a

discussão dos problemas de saúde que necessitam de cuidado maior devido a sua complexidade assistencial que envolvem outros aspectos e determinantes que não apenas os biológicos. Os casos de usuários portadores de condições crônicas de saúde são exemplos clássicos onde a rede de serviços é fundamental, pois estes casos não podem ser resolvidos em sistemas de saúde fragmentados, são necessárias ações de cuidado integral, acompanhamento longitudinal e continuidade no atendimento (COSTA; RAMIRES, 2014).

A fim de frisar a importância da continuidade dos cuidados, Starfield (2002) frisa que estes não podem e nem devem ser limitados ao momento da consulta com o profissional de saúde, tampouco ser limitados às quatro paredes do consultório.

Tratando-se de idosos portadores de condições crônicas de saúde, Barreto, Carreira e Marcon (2015) ressaltam ser importante sempre incluir a família na rede de atenção à saúde dos idosos, como apoio, e dos profissionais de saúde para desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

O atendimento das intercorrências, tão logo sua ocorrência, é importante para garantir proteção à vida do idoso e que órgãos alvos não sejam lesados em função dos altos níveis tensionais.

[...] dependendo do caso que a gente avaliar, na triagem, que a gente fazer na avaliação do caso desse usuário naquele momento, e aí nós vamos decidir, se for um caso de um pico hipertensivo que a situação esteja tranquila, que tem condição de ser encaminhado de carro ou alguma coisa assim, a gente entra em contato com a secretaria de saúde naquele momento e solicita o carro com motorista naquele momento, e rapidamente a gente é atendido nessa situação [...]. E outra situação que já aconteceu também foi, por exemplo, de um idoso estava com mal-estar, apresentava sudorese, uma tontura, alguma coisa assim, a gente entrou com o apoio na questão do SAMU, entrou em contato com o SAMU, eu mesmo entrei em contato com o SAMU e o SAMU veio até nós nos atender, e chegou rapidamente também, não teve problema não. E11

[...] eu vou acompanhar ou vai o técnico de enfermagem acompanhar até o hospital [...] chegando lá no hospital nós também somos bem tratados. Na hora que a gente já chega com algum hipertenso, tá com a pressão muito elevada nós já somos atendidos imediatamente também. E9

Assim, as intercorrências que chegam até as Unidades de Saúde são avaliadas e encaminhadas ao hospital, com transporte efetivado pela SMS e em algumas situações pelo SAMU, sempre com acompanhamento do enfermeiro ou técnico de enfermagem da equipe e preferencialmente um parente do usuário.

As Unidades de Saúde não contam com farmácia básica devido à política de centralização do Governo de Minas Gerais, assim, os enfermeiros optam por manter na Unidade estoque mínimo de medicamentos anti-hipertensivos para atendimento inicial de intercorrências.

[...] eu particularmente gosto de passar na farmácia e peço pro pessoal lá uma cartela de Captopril, alguma coisa assim, Nimesulida, alguns medicamentos pra armazenar aqui na unidade, hoje a gente não conta com a farmácia básica aqui na unidade, já existiu na unidade, mas hoje a gente não conta [...] isso acaba sendo até um pouco prejudicial também, tinha que ter pelo menos um estoque mínimo de medicamentos aqui na unidade [...] E11

Embora haja a recomendação pelo Ministério da Saúde da manutenção de recursos para atendimentos de urgência e emergência nas unidades pré-hospitalares, Unidades de Saúde, ambulatórios especializados, entre outros, que permitam o atendimento integral dos usuários (BRASIL, 2003a), os enfermeiros relatam a inexistência de suporte básico que possa ser destinado aos usuários, dentre eles os idosos portadores de HAS.

Eles (SMS) disponibilizam o transporte, material, igual eu te falei, se precisar, se for necessário disponibiliza para estar levando para o hospital caso essa intercorrência aconteça aqui na unidade, disponibiliza para a gente estar encaminhando para o hospital. Porque como aqui a gente não medica, chega um paciente com pressão elevada a gente leva para o hospital. E3

[...] Pra urgência e emergência eu acho que deixa um pouco a desejar aqui, né, porque a gente não tem, aqui é atenção básica, então assim, a gente não conta com medicações intravenosas, por exemplo, [...] um ambu aqui não tem, né, [...] então uma parada cardíaca a gente vai dar o básico mesmo, o suporte básico, até o SAMU chegar pra tá transferindo esse paciente, [...] medicação sublingual a gente sempre procura ter, porque é um atendimento que resolve aqui na atenção enquanto você tá encaminhando pro hospital. [...] uma medicação mais simples a gente tem aqui. E4

Conforme a Política Nacional de Atenção às Urgências, todos os municípios brasileiros têm como atribuição e prerrogativa realizar acolhimento/atendimento das urgências de baixa gravidade/complexidade nas UBS (BRASIL, 2003a).

A inexistência de suporte para atendimento básico de urgência e emergência traz características de uma Atenção Primária/Básica seletiva em que há comprometimento do princípio da integralidade.

A Atenção Primária⁴ surgiu de um contexto internacional adverso, com baixo crescimento econômico e maior presença de governos conservadores. A característica marcante da Atenção Primária seletiva é realizar intervenções de baixo custo para combater um grupo de doenças prevalentes, comuns em países em desenvolvimento (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Os relatos dos enfermeiros acima citados, vão ao encontro das afirmações de Conill (2008) ao relatar que na implementação do SUS há uma constante tensão entre construir um serviço de saúde que seja universal em todos os níveis e um sistema direcionado a atender os

⁴Neste estudo estamos utilizando o termo Atenção Básica como sinônimo ao de Atenção Primária.

mais pobres com programas seletivos. Assim, reforça-se a ideia de um SUS pobre, pensado para atender as necessidades básicas do pobre com comprometimento da integralidade.

Os motivos pelos quais os idosos procuraram a Unidade de Saúde quase sempre estão relacionados a intercorrências, contudo o serviço é organizado para atender tanto a demanda espontânea, prontamente se intercorrência, como a programada, para continuidade do cuidado. Chama atenção também o fato de os enfermeiros terem preocupação de acompanhar o idoso portador de HAS quanto a essa condição de saúde mesmo que a demanda que o levou até a UBS não tenha relação com a HAS. Isso pode ter algum indício de integralidade se pensada na perspectiva de se aproveitar todas as oportunidades para orientar o usuário, como pode representar uma atuação com foco sobre a condição de saúde, onde a valorização da “doença” sobrepõe a valorização do sujeito.

4.3.3 O acolhimento do idoso na Unidade de Saúde

O termo acolhimento apresenta múltiplos sentidos e significados, contudo, mais importante que identificar a definição mais correta é compreender como e qual a noção de acolhimento que é adotada pelos serviços de saúde. Genericamente, acolher é uma prática presente em todas as relações de cuidado entre trabalhadores de saúde e usuários do serviço, nos atos de receber e escutar os sujeitos que buscam o serviço. A priori o acolhimento não é algo bom ou ruim, deve ser compreendido na perspectiva de ser uma prática que constrói as relações de cuidado (BRASIL, 2013b).

Num atendimento típico, os idosos portadores de HAS ao chegarem na Unidade de Saúde passam pela recepção e são encaminhados para acolhimento pelo enfermeiro ou são acolhidos pelo Técnico de Enfermagem. Se acolhido pelo técnico é encaminhado também ao enfermeiro para atendimento e verificação da necessidade de atendimento médico naquele momento. Conforme a necessidade e/ou problema de saúde, o enfermeiro encaminha o usuário para atendimento do médico da equipe ou apresenta alternativa assistencial.

Primeiramente eles são acolhidos, né, a gente faz o acolhimento e aí a gente recebe, né, no nosso consultório, conversa com eles [...] E4

[...] hoje ele (idoso) passa pela recepção e [...] é direcionado para cada enfermeiro de acordo a sua área de abrangência, né, da sua estratégia da saúde de família, se for da minha área, a recepcionista já conhece, direciona para minha sala, explica o caso para mim, eu vou atendê-lo [...] E11

[...] o primeiro acolhimento é na salinha de procedimentos aonde que é feito a aferição de PA e consequentemente é encaminhado ou pra sala do, do médico né, ou pra minha sala, porque se a, se o primeiro acolhimento for feito pela, pelo técnico aí encaminha pra mim e depois vai para o médico, se foi por mim eu já encaminho pro médico. E1

[...] ele chega na recepção, fala que quer passar pela avaliação médica ou pelo enfermeiro, aí a recepcionista já direciona pra gente primeiramente pra fazer a triagem e vê ou não a necessidade de encaixá-lo na consulta médica no dia. [...] E11

Tem a equipe dos NASF, que aí sempre que a gente precisa, [...] a gente conta com a ajuda deles. E7

Segundo Brasil (2013b) são várias as demandas que chegam na AB, na maior parte das vezes estas, após acolhidas podem ser resolvidas nesse nível de atenção, com a utilização das tecnologias leves, leve-duras e duras, discutidas logo mais, disponíveis para o atendimento no serviço.

Durante o acolhimento o enfermeiro conversa com o idoso portador de HAS a respeito da queixa e/ou problema que o fez procurar a Unidade de Saúde, investiga o tratamento realizado, colhe os sinais vitais e verifica o aprazamento entre as consultas com o médico.

Normalmente ele é acolhido na, na salinha de, de procedimento ali oh, onde que é aferido a pressão e aí dependendo né, de como que ela está é, porque talvez ele está com uma tontura mas a pressão está normal, então é feito as orientações e encaminhado pra uma consulta médica né, pra ver o motivo da tontura. Se a pressão tiver alta é, aí já é comunicado pro médico e a consulta já é mais voltada pra esse tipo, então assim [...] E11

[...] aí ele é direcionado à nossa sala, nós vamos conversar com ele, vamos questionar o que está acontecendo, as situações que vem apresentando, o que nos trouxe esse idoso, esse hipertenso, aí ele vai nos dizendo o que tá acontecendo, quais são as suas queixas principais [...]. E aí nós vamos investigar a situação dele, se ele já faz uso de medicamento ou não, [...] nós vamos avaliar, aferir a pressão, colher os dados vitais dele direitinho e verificar se está em dia com a consulta médica, há quanto tempo ele passou no médico [...]. E11

Leite (2009) realizou um estudo com o propósito de elaborar um protocolo para atendimento na AB e concluiu que o acolhimento realizado na AB é uma forma de organizar e estruturar o trabalho na Unidade de Saúde e de garantir ao usuário acesso humanizado e equânime, para isso, o acolhimento pressupõe ser realizado por meio de escuta qualificada e humanizada para dar resposta adequada à demanda do sujeito.

Há diferenças, demarcadas pelos enfermeiros, no acolhimento e acompanhamento dos idosos portadores de HAS residentes na zona rural e na zona urbana, diferenças estas que implicam nas estratégias adotadas, contudo, há características do idoso, em acompanhamento, que independem da origem urbana ou rural.

A estratégia de enfrentamento da distância dos usuários oriundos da zona rural, que dificulta o acesso dos idosos portadores de HAS aos serviços é aproveitar todos os momentos que os idosos estiverem na Unidade de Saúde para fazer o acompanhamento.

[...] eu aproveito todos os momentos que eles vão na unidade, porque idoso é um pouco mais difícil da gente fazer acompanhamento, por ser uma zona rural, difícil

de locomover até eles, às vezes pra eles até, pra eles ir a pé é muito difícil, que o lugar é muito longe [...]E10

Somando ao fato da distância que dificulta o acesso/acessibilidade aos serviços, emergiu também nos relatos dos enfermeiros que há resistência natural do idoso em cumprir os tratamentos, com já apontado. Parece que são influenciados por desconhecimento em relação a sua condição de saúde.

Minha dificuldade é por ser área rural, tem a dificuldade resistência que o idoso tem, que é da natureza do idoso, muitas vezes ser resistente aos tratamentos, é isso minha maior dificuldade. E3

Há diferenças importantes entre idosos portadores de HAS, para adesão a grupos de atividade física, quando se compara os residentes na zona urbana e rural. Os idosos da zona urbana parecem ser mais bem esclarecidos, ter acesso a melhor assistência e são positivamente influenciados a adoção de um estilo de vida mais saudável. A distância geográfica, por exemplo, pode ser um dificultador, na zona rural, para adesão dos idosos a grupos, enquanto pode ter efeito contrário em idosos da zona urbana.

[...] Só que aqui na cidade eles têm uma boa adesão, lá na zona rural eles não têm. E2

[...] mas o ruim também é que são só os daqui da cidade, os que moram pertinho mesmo que vão. Igual, a minha área que é da zona rural, não vem participar. [...] E7

O acesso a algumas ações ou serviços é comprometido pela insuficiência de recursos, isso influencia no trabalho do enfermeiro e prejudica a oferta de serviços e acompanhamento integral do idoso portador de HAS.

[...] eu gostaria que desse recurso nessa questão da medicação [...] ainda não consegui os cartões (hiperdia) para todo mundo não [...] E10

4.3.4 A conformação de uma rede de atenção para integralidade

A situação de saúde da população brasileira vem passando por uma mudança, sendo marcada por uma acelerada transição demográfica e por uma de tripla carga de doenças: as infecciosas e carenciais, as de causas externas e as condições crônicas. Frente a esse cenário, o sistema de saúde vigente terá grandes dificuldades em responder a toda essa demanda adequadamente, prioritariamente, enfrentar as condições agudas e agudização das condições crônicas, por isso, é preciso restabelecer a coerência entre a atual situação de saúde e o SUS, que envolve implantar redes de atenção à saúde eficazes para organizar o sistema de atenção à saúde para atender as demandas de saúde da população brasileira (MENDES, 2011).

Rede de Atenção à Saúde pode ser entendida como acomodações de ações e serviços de saúde, de diferentes níveis de tecnologias para garantir integralidade do cuidado por meio de apoio técnico, logístico e de gestão. As redes são organizadas no intuito de promover sistematização de ações e serviços de saúde para prestar cuidado contínuo, integral, qualificado e humanizado que seja acessível, equânime, eficaz do ponto de vista da clínica e sanitária e eficiente do ponto de vista econômico. Na organização das Redes de Atenção à Saúde, a AB é compreendida como primeiro nível de atenção e tem como função ser resolutiva em cuidados primários dos problemas de saúde mais comuns dos usuários e responsável por coordenar o cuidado nos demais pontos de atenção (BRASIL, 2010b).

A organização dos serviços de saúde em Redes de Atenção à Saúde pressupõe mudanças no modelo de atenção à saúde vigente no SUS, aponta para a necessidade de implantar novos modelos de atenção para atender às condições agudas e crônicas. Poder-se-ia dizer da mudança de sistemas fragmentados, voltados para a atenção às condições e eventos agudos, para novos modelos que precisam valorizar as redes de atenção voltadas tanto para as condições agudas como para as crônicas (MENDES, 2011).

Por vezes, as Unidades de Saúde da rede da AB não conseguem resolver algumas demandas dos idosos portadores de HAS e fazem encaminhamentos para outro nível de atenção. Os encaminhamentos são feitos para o serviço hospitalar do município, para profissionais do NASF ou para especialistas, porém há diferença na forma de documentação do encaminhamento, conforme o profissional que encaminha e o destino do usuário.

[...] ou se a gente vê que tem necessidade de um encaminhamento, a gente mesmo faz o encaminhamento e é encaminhado pra o local que elas (Profissionais do NASF) realizam o atendimento. E6

[...] a enfermagem também faz (encaminhamentos). Se o paciente chegou na consulta de enfermagem, e no momento não está, o médico, para ele poder analisar e fazer as intervenções medicamentosas e outras intervenções, a gente também encaminha. Muitas vezes para o hospital [...] E8

Encaminhamentos realizados para pontos de atenção do serviço local são feitos em receituário simples, pelo médico ou enfermeiro da equipe, porém enfermeiros encaminham para o hospital somente se o médico não estiver presente para encaminhar o idoso portador de HAS.

Se no momento que ele vier né, com algum problema precisar encaminhar pra fora, tendo o médico, ele passa na consulta médica e o médico encaminha, caso o médico não esteja né, aí nós mesmo fazemos o encaminhamento pro hospital né, pra um serviço de especialidade a gente não pode encaminhar. É só mesmo pra o atendimento médico no hospital. E7

[...] às vezes quando vai e passa pelo médico, quando o médico ainda está na unidade, o médico faz esse encaminhamento, num receituário normal, num receituário branco, escreve o encaminhamento e coloca os dados clínicos "paciente idoso apresentando isso, isso e isso". Aquelas queixas naquele momento [...]

quando o médico não está, eu mesmo, a gente avalia, pega os dados do paciente, nome, tudo direitinho, a gente faz a anamnese e encaminha o paciente no próprio receituário médico também. E11

Quando o médico está presente na Unidade de Saúde e surge necessidade de encaminhar o idoso portador de HAS ao hospital, os enfermeiros solicitam que o médico avalie e faça o encaminhamento, pois encaminhamento médico é mais bem aceito no hospital.

No meu caso, quando eu precisei, eu já peço um médico pra avaliar e encaminhar. Até pro Hospital aceitar melhor, né. Pra não tá mandando um paciente por mandar, aí, geralmente o médico faz a avaliação e a gente encaminha. O médico encaminha. E5

A partir dessa afirmação, de melhor aceitação do encaminhamento quando por parte do médico da AB, surge a necessidade de reflexão, por parte de todos os profissionais que compõem a rede na AB e no hospital, sobre a qualidade da rede de atenção local e da articulação necessária para se garantir a integralidade da atenção a partir de um trabalho cooperativo entre o conjunto dos trabalhadores. Pode haver necessidade de melhorar o diálogo entre os profissionais da rede, por exemplo, sobre os limites éticos de atuação do profissional de enfermagem.

O Parecer 50/2013 do COREN-SP entende que o enfermeiro tem conhecimento e fundamentação legal para, a partir de consulta de enfermagem, encaminhar pacientes para outros profissionais médicos ou não, dentro do próprio serviço ou para outros pontos de atenção dentro da rede, e reforça a necessidade de solicitar contrarreferência para dar continuidade na assistência (COREN-SP, 2013).

A possibilidade do trabalho em equipe marcado pela cooperação e articulado a um projeto em comum (PEDUZZI, 2001) pode ser a chave para a qualificação da atenção, para a busca da continuidade do cuidado de modo a permitir que a integralidade se faça presente de forma efetiva. Certamente é uma reflexão importante para que se avance na perspectiva da atenção integral e integrada distante de uma ação focal, característica da Atenção Primária/Básica seletiva.

O encaminhamento realizado pelo enfermeiro é fundamentado no protocolo de risco de Manchester⁵, contendo um relatório com dados do idoso portador de HAS. Além do

⁵O Protocolo de Manchester é um documento que classifica o risco de um paciente no serviço de saúde para orientar a prioridade clínica no atendimento. O documento não foi construído com o objetivo de julgar se o paciente deve ou não está em um serviço de urgência, mas para assegurar que aqueles que necessitam de cuidados de urgência e emergência os receba o mais precocemente possível. Os fluxos classificam o paciente por cores, vermelho, laranja, amarelo, verde e azul que correspondem a situação: emergência, muito urgente, urgente, pouco urgente e não urgente respectivamente, que na mesma ordem deverão ser atendidos: prontamente, em até 10 minutos, em até 60 minutos, em até 120 minutos e em até 240 minutos (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2010).

encaminhamento físico, os enfermeiros também comunicam com o serviço de destino por meio de telefone.

Não, a gente faz um encaminhamento no receituário, né, a gente faz a classificação de risco através do Manchester, faz a triagem e a gente coloca, escreve, relata no receituário, a gente manda e eu sempre ligo, às vezes eu vou junto ou algum auxiliar vai junto, mas o relatório, o encaminhamento sempre acompanha a classificação. E4

[...] eu faço contato por telefone, ligo, eu mesmo faço um relatório, um encaminhamento, não tenho dificuldade quanto a isso, só coloco os dados da paciente, idade, essas coisas, endereço, da área de tal agente de saúde pra facilitar também o contato depois, [...] coloco os dados direitinho e faço um encaminhamento e procuro direcionar a pessoa àquele setor. E11

Os encaminhamentos para pontos de atenção do nível local parecem que, na maioria das vezes, é originado devido à intercorrências, assim, enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem acompanha o idoso até o destino, como já relatado.

[...] vai com encaminhamento médico né, ele descreve né, todo o, o, né, ele faz o encaminhamento, coloca os medicamentos que o paciente está usando, se foi feito aqui né, ou normalmente por causa da proximidade, coloca que foi feito, foi esperado tanto tempo e num descompensou. Aí gente solicita o carro, se o paciente tiver acompanhado ele vai com o acompanhante se não ou vai comigo, já teve vez de eu levar dependendo da situação do paciente ou vai com o técnico de enfermagem. Principalmente se for idoso mesmo, aí nós vamos acompanhando. E1

[...] é feito um encaminhamento manuscrito mesmo, receituário normal, pode ser feito pelo médico ou pelo enfermeiro, dependendo de quem vai começar o atendimento aqui na unidade, a gente encaminha ele, com encaminhamento normal e vai acompanhando o paciente, geralmente o enfermeiro vai acompanhando o paciente até o hospital. E3

Encaminhamentos do idoso portador de HAS para serviço especializado é realizado exclusivamente pelo profissional médico da equipe, nesses casos há guia para referência do idoso: “[...] agora se o médico for encaminhar pra um serviço especializado aí sim tem as guias”. E7

Cabe destacar que neste tipo de encaminhamento, há uma sistemática adotada pelo município e Estado no sentido de organizar a rede de atenção e permitir atenção necessária e oportuna, não se tratando apenas da existência de uma guia de referência, mas de um fluxo organizado para que a atenção especializada se processe.

O encaminhamento para o serviço especializado é feito para o Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE)⁶ quando as medidas de tratamento não estão resultando em controle adequado da PA.

⁶Os Centros Viva Vida são espaços físicos pensados pelo Governo de Minas Gerais para atender aos usuários dos Programas “Viva Vida” e “Hiperdia Minas” com atenção especializada secundária. Conforme notícia divulgada pelo site Agência Minas Gerais, a partir do ano de 2015 a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais reestruturou esses Centros que passaram a ser denominados de Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE). O objetivo da reestruturação é ampliar o acesso dos usuários aos serviços de atenção especializada ambulatorial pelo SUS e promover melhor integração dos Centros com os serviços dos demais níveis de atenção à saúde (MINAS GERAIS, 2015).

Tem as guias de referência. [...] o médico quando ver que a situação não está resolvendo, eles mandam para o Centro Viva a Vida [...] Muitas vezes a gente manda para o Viva a Vida por uma coisa, porque o remédio eles não estão tomando direito. [...] E10

A contrarreferência dos idosos portadores de HAS encaminhados não acontece de forma efetiva: “Não existe contra referência. E8”, “Aqui não funciona essa contrarreferência assim não, [...]” E9

A contribuição dos serviços especializados para integralidade do cuidado é conquistada quando estes se dedicam a realizar uma escuta cuidadosa com boa articulação entre os níveis de atenção. Por exemplo, um paciente portador de HAS, sem seguimento contínuo ou vínculo com sua UBS de origem, não pode deixar o pronto-socorro sem orientação sobre o serviço da AB e de preferência sair com uma consulta marcada na UBS. Na consulta especializada, o médico não pode deixar de realizar a escuta de outras necessidades do usuário que vão além da demanda referenciada (CECÍLIO, 2009).

Independente do serviço de saúde, em função da ausência da contrarreferência e em busca de respostas acerca da atenção recebida pelo idoso portador de HAS, para que o atendimento contínuo possa se processar, os enfermeiros precisam fazer busca ativa para acompanhar o paciente na rede ou mesmo o ACS acaba sendo responsável por esta ação.

[...] só que muitas vezes a gente não tem esse feedback, entendeu, o enfermeiro não fica, [...]o paciente vai, aí depois o agente tem que fazer a busca ativa pra gente saber.[...] E2

Os agentes de saúde eles fazem essa busca né, quando o paciente é hospitalizado, todo mês é repassada para a gente, quantas hospitalizações que tiveram em cada área, de cada um e eles fazem o acompanhamento mensal desses pacientes [...]E3

[...] Aqueles (idosos hipertensos) que não estão vindo aqui, eu procuro trazer mais próximo de nós né, porque o hipertenso tem que ficar aqui na Unidade de Saúde porque é uma atenção primária né, então tem que tá sempre aqui. E9

Acredita-se que encaminhamentos realizados adequadamente dentro de uma rede de atenção e a existência de um sistema de referência e contrarreferência, com fluxos claros e bem definidos contribui para a prática do cuidado integral com o idoso portador de HAS, assim como, no cenário estudado, a ausência desse sistema pode comprometer a integralidade do cuidado pela ausência da contrarreferência. A falta de contrarreferência parece deixar o usuário “perdido” na rede de atenção e ferir o princípio da coordenação e acompanhamento longitudinal como atributo da AB consequentemente também compromete a integralidade, o vínculo e a continuidade do cuidado.

Segundo Mendes (2012) as evidências apontam que sistemas de saúde estruturados tendo a AB como coordenadora do cuidado os resultados sanitários são melhores. Contudo as

redes de atenção precisam passar por profundas transformações que permitam resolver as demandas existentes.

Starfield (2002) afirma que longitudinalidade implica na existência de atenção regular, ao longo do tempo, por isso, para haver longitudinalidade a Equipe de Saúde deve ser capaz de identificar a população de sua área de adscrição, bem como os indivíduos pertencentes a ela que devem ser atendimentos na UBS. A longitudinalidade pressupõe a existência de vínculos interpessoais entre população e a equipe referência na AB.

O acesso aos exames para estratificação de risco parece ser facilitado, segundo alguns dos enfermeiros, visto que os idosos portadores de HAS retornam à Unidade de Saúde com exames para avaliação em um curto período de tempo: [...] *Normalmente retorna com 30 dias com os exames, e aí tem alguns que, como aqui é tudo mais rápido questão de exame, é, eles fazem aí com dez dias tá aí* [...] E1

Contudo, em outras falas, com maior frequência, é apontada a dificuldade do acesso à realização dos exames. Assim, os idosos portadores de HAS, no geral, parecem ter dificuldade de acesso a exames laboratoriais básicos, que são necessários para acompanhamento da condição de saúde e, dentre outras situações, para estratificação de risco cardiovascular. Da mesma forma o acesso a exames mais complexos e consultas especializadas são limitados e regulados por cota para cada Unidade de Saúde.

[...] vaga pro cardiologista é uma mensal e uma eu acho pouco demais se necessitar. Aí tem a cota de exames, quando necessita fazer, aí tem mais alguns que é no hospital, né, que eles procura, na rede do, tem laboratório próprio do município. Agora, é, se precisar de Ultrassom é escasso, outras questões assim. [...] E2

[...] Exames laboratoriais gerais que são necessários aos pacientes com hipertensão, muitas vezes tem dificuldade de acesso desses exames. [...] muitas vezes o hipertenso, o diabético tem que fazer o exame laboratorial todo mês, muitas vezes ele tem dificuldade em marcar o exame, quando a gente viu ele fazendo a classificação de risco, veio muitos exames, então não conseguia marcar aqueles exames em tempo hábil. Igual eu te falei, o aparelho de eletrocardiograma, ele é indispensável, você tem que fazer pelo menos uma vez no ano, o paciente hipertenso ele tem que fazer, ainda mais o hipertenso idoso, que pode ter alguma disfunção biológica e pode perceber. A questão do cardiologista, a gente tem um pouco também de dificuldade para conseguir conciliar em ter a consulta com o cardiologista, então esses são alguns pontos da estrutura que ainda são falhos. E8

[...] os exames são muito poucos [...] muitas vezes, precisa de fazer, está passando no cardiologista fica um pouco mais difícil. [...] nós temos uma pequena, muito pouca mesmo, cota para dar para o cardiologista, [...] eu acho a cota muito baixa, eles dão uma cota por mês de serviço de cardiologia para mim dividir para toda a minha área. [...] é muito pouco para mim dá para todo mundo [...] E10

A dificuldade de acesso a exames básicos, de maior complexidade e de consultas com especialistas aponta para necessidade de estruturação de um serviço de regulação atuante para gerir os recursos disponíveis. Segundo Brasil (2006b) ao operacionalizar ações de regulação

há um ganho no SUS no sentido de reforçar e qualificar as funções gestoras; que otimiza os recursos para o custeio da assistência, qualifica o acesso dos usuários e, por consequência proporciona melhor oferta das ações para a saúde da população.

Ferreira *et al.* (2010) estudaram a experiência da implantação de um Complexo Regulador em Ribeirão Preto, São Paulo, e identificaram que a implantação do Complexo gerou alterações no acesso à rede de atenção ambulatorial e hospitalar. O acesso a consultas especializadas e aos exames de maior densidade tecnológica se dava por meio de Guias de Referência para cada Unidade de Saúde que tinham cota pré-estabelecidas. Essas Guias eram o instrumento para agendamento dos procedimentos, que considerava a data de emissão, contudo, algumas situações como oncologia, tinham fluxo de encaminhamento diferenciado. As Guias, apoiadas por consensos clínicos e protocolos ajudavam na orientação e mobilização de recursos para atender as demandas de saúde. O Complexo mostrou ser ferramenta útil para avaliar e gerir o serviço e tem eficácia na sustentabilidade do SUS.

Considerando este quadro, os enfermeiros apontam que o município encontra-se integrado ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ)⁷ e que apesar de ser visto como um motivador para ganhos salariais, pode ao mesmo tempo estimular a construção de ações para tornar a participação dos profissionais e das Unidades de Saúde, utilizando-o como um instrumento para a organização da atenção ao idoso.

Tem o incentivo do PMAQ né. E3

Na verdade há alguns meses a gente começou a receber um incentivo que é chamado de PMAQ, que é o programa de melhoria na qualidade, né. Assistência de qualidade, há poucos meses e nesse incentivo [...] E11

Segundo os enfermeiros, devido aos indicadores do PMAQ, a SMS pactua o cumprimento de algumas metas com os profissionais de saúde, algumas delas, como o acompanhamento (para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN) e estratificação de risco têm como alvo, entre outros, a população idosa, sendo que o cumprimento das metas é atrelado ao pagamento de bonificação ao profissional.

Sim, nos temos meta (voltadas para idosos hipertensos). [...] Oh, nessa meta que nós somos avaliados mensalmente, é, a quantidade de hipertensos que foi, a quantidade de consultas né, de atendimento do enfermeiro e do médico, do hipertenso e

⁷O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Portaria 1.654 de 19 de Julho de 2011 e atualmente regido pela Portaria 1.645 de 02 de outubro de 2015, tem como objetivo incentivar a ampliação do acesso e melhoria na qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos usuários do SUS. Os municípios com interesse em participar do Programa devem formalizar a adesão por meio de formulário eletrônico específico e o gestor firmar contratualização municipal e das equipes de saúde de acordo com as diretrizes e compromissos exigidos pelo Programa, em contrapartida o Governo Federal amplia o repasse de recursos federais para os municípios buscarem atingir o objetivo do Programa (BRASIL, 2015).

diabético. A, é, essa meta, ela é pro PMAQ né, que, que é utilizado tanto pro médico como do enfermeiro. Através da classificação de risco né, que foi uma forma que a secretaria houve de que os hipertensos fossem estratificados né, acompanhados, então nos temos essa meta. E1

Tem, tem metas do SISVAN que a gente tem que atingir, são trinta por cento, se eu não me engano, dos idosos acompanhados, pesados, medidos que tem que ter. E3

Sim, agora está tendo o PMAQ né, que é um incentivo, um dinheiro a mais, que lá tem a importância da educação em saúde para o hipertenso, diabético, doenças crônicas no geral né. Então nós temos tendo o PMAQ agora, que é uma renda a mais. E9

Nesse item percebeu-se a existência de uma rede de atenção local e regional onde se processa o acompanhamento dos idosos portadores de HAS. Quando a demanda não é possível de ser resolvida entre os profissionais da equipe o usuário é encaminhado a outro ponto da atenção, seja para um ponto da rede local ou para referência estadual no CEAE. O PMAQ também facilita o acesso e fluxo dos usuários na rede.

4.3.5 Infraestrutura logística, física e de recursos materiais para o atendimento

Os enfermeiros assinalam que o apoio da SMS é essencial para o desenvolvimento das ações empreendidas na Unidade de Saúde, que muitas vezes carece de logística e de recursos.

Para as vistas domiciliares da equipe aos idosos portadores de HAS com maior dificuldade no acompanhamento clínico, para situações de encaminhamentos do idoso a outros pontos da rede, para os idosos com dificuldade de se deslocar até a Unidade de Saúde, dentre outras situações tem-se, segundo os enfermeiros, o apoio da SMS.

Normalmente a gente solicita o carro pra visita domiciliar, pra acompanhamento domiciliar e é disponibilizado o veículo e se precisar também acompanhar até a Unidade hospitalar a gente consegue o auxílio do veículo também. E6

Tem o apoio constante (SMS), que é do carro né. Se tem um idoso aqui, não tem condição de ir a pé (até o hospital), na hora que eu ligo pra eles na secretaria, eles mandam o carro né, pra gente [...] E9

[...] a questão de apoio do município, da secretaria de saúde, a gente sempre teve esse apoio, nunca teve dificuldade nenhuma não, tanto se precisar fazer uma visita domiciliar, a gente consegue o carro na hora, é só ligar, agendar direitinho, se quiser fazer uma palestra [...] tem alguns materiais que pode ser utilizado sim, não tem tanta dificuldade não. E11

Os enfermeiros ainda assinalam que em algumas situações de urgência com os idosos portadores de HAS na zona rural, pode-se contar com o apoio da SMS por meio do SAMU para o encaminhamento destes usuários.

É, por exemplo, já teve vezes do idoso chegar aqui né, por esses motivos que eu falei, a pressão controlou achou que não tinha que tomar mais o remédio ou então o remédio acabou, paciente da zona rural né, não veio buscar, chega aqui com a pressão elevada, descompensada, aí nesses casos né, é feito o primeiro atendimento aqui e se não controlar aí é encaminhado pro hospital. Então nesses casos a gente liga né, normalmente, solicitando o carro, motorista, aí eles mandam, dependendo

do caso às vezes até o SAMU, mas assim, é mais mesmo o carro da prefeitura né. [...] Aí eles mandam. E1

No PSF da zona rural, a gente tem muita dificuldade na questão do transporte, toda vez que acontece, igual, alguma urgência, aí eu recorro, muitas vezes ao SAMU para fazer o transporte desse paciente [...] E8

É importante assinalar que há falas apontando que este apoio para o transporte por vezes não acontece por ausência de veículos que se encontram ocupados com outras atividades na saúde. Entretanto, há também uma crítica formulada de que a ambulância que atende a zona rural acaba sendo utilizada para outros fins que não o transporte de usuários em situação de urgência.

[...] porque a ambulância muitas vezes, [...] a ambulância não é utilizada para fins corretos. Então a ambulância tem que estar no lugar para que, no momento de urgência e emergência para transportar o paciente, e muitas vezes ela era usada para que, para transportar um paciente para fazer um exame, talvez para tirar o dinheiro da aposentadoria, problemas políticos que a gente vê no dia a dia. E8

As Unidades de Saúde, segundo os enfermeiros, dispõem de espaços de atendimento, como consultórios médicos e de enfermagem, salas de procedimento, dentre outros espaços. Nas Unidades de Saúde onde há mais de uma equipe a sala de reuniões é compartilhada entre as equipes, para entre outras coisas, a realização de educação em saúde com os idosos portadores de HAS.

[...] a gente tem uma sala de reunião, é utilizada por todos, pra unidade, inclusive todas as equipes, três equipes. [...] E11

[...] nós temos salas de reuniões para desenvolver nossas palestras, igual eu já falei, [...] o município ele dá condições para a gente trabalhar, sabe? [...] E4

Aí a gente usa a sala de reuniões pra realizar esses grupos. E7

Além dos espaços físicos internos da Unidade de Saúde que são considerados adequados pela maioria dos entrevistados, os enfermeiros utilizam também outros espaços comunitários como a academia da saúde e o ginásio municipal poliesportivo para realizar ações para os idosos portadores de HAS.

[...] aqui nós temos a sala de reunião, é uma sala adequada né, que se colocar também muita gente, como é paralelo ao atendimento, são duas equipes que funciona aqui, aí acaba tumultuando e aqui nós temos também o espaço, aqui, da academia que nós podemos utilizar e lá no centro poliesportivo também. Lá é um espaço amplo né, mais aberto, [...] E1

Olha, nós temos a academia da saúde, né, que é aqui do lado da unidade básica, essa academia ela é bem estruturada, sabe assim, tem todo material, nós temos o profissional educador físico, trabalha muito bem com eles (idosos), [...] Agora nós climatizamos a academia, né, de saúde, então assim, foi uma coisa boa que vai promover um conforto maior e com isso eles ficam mais satisfeitos, mas é isso. E4

[...] A gente tem a sala de reunião, que é bem ampla e a gente gostaria de ter mais, ... tem internet. E5

Em alguns casos os enfermeiros consideram que a infraestrutura é inadequada para realizar ações para os idosos portadores de HAS, às vezes os profissionais precisam improvisar espaço físico para realizar educação em saúde ou o espaço disponível não tem o conforto térmico necessário.

[...] lá a sala de reuniões é muito pequena, e aí assim, em questão de cadeiras, nesse recurso são poucos [...] Eu acabo fazendo na recepção mesmo, não tem outro lugar, é na recepção. E10

A recepção que é bem apertada é o único espaço que tem. Nos consultório não cabe, entendeu, [...] E2

É um pouco quente, mas a estrutura em si é boa, o tamanho é bom, mas a população reclama que é um pouquinho quente, mas de certa forma a estrutura em si é boa, né. E5

Quanto aos recursos disponíveis para realizar o acompanhamento e ações com os idosos portadores de HAS, no relato dos enfermeiros, aparecem recursos eletrônicos, computadores com acesso à internet e programas para elaboração de conteúdo didático, projetores de imagens e *notebooks*, que parecem ter seu uso destinado às ações de educação em saúde.

Nós temos, é, no caso de recursos né, é, é, nós temos data show, tem o notebook que é utilizado aqui na Unidade [...]. E1

[...] recursos eletrônicos a gente tem, sabe, se a gente precisar passar um vídeo, tem [...] E4

[...] nós temos uma televisão [...] Agora graças a Deus implantaram para nós, nós temos computadores e a internet funciona até na zona rural [...] E10

Nas Unidades de Saúde também há disponibilidade de recursos para mensuração da PA: “[...] a gente tem o aparelho de PA, o estetoscópio, descobri há pouco tempo também o oxímetro de observação de dados, saturação, frequência cardíaca, que não tinha [...]” E11

Alguns enfermeiros relatam que há falta de alguns recursos para atendimento do idoso portador de HAS (e mesmo da clientela em geral), dentre eles cadeiras, mesas, oxímetro e projetor, a escassez de recursos, às vezes, possibilita somente um atendimento básico do idoso portador de HAS.

[...] a gente ainda vê que necessita de mais recursos, igual a gente tem o eletrocardiograma, que não está funcionando no momento, então já ajudava muito e alguns diagnósticos poderiam ser feitos com o paciente hipertenso. E8

[...] na Unidade nós não temos o oxímetro, mas né, o médico tem e também já né, é avaliado, mais assim, hoje aqui o que a gente tem é o aparelho de pressão mesmo [...]. O básico. E1

Aparelho de PA? É o básico, atendimento básico. É pressão, outras coisas, não tem. Eu tenho bem escassez de recursos, entendeu, não tem. E2

É importante ressaltar o relato de que reconhecem a equipe de enfermagem como recurso disponível para atendimento do idoso portador de HAS. Esse relato parece indicar o sentimento de pertencimento ao processo de cuidado do idoso.

Recurso que nós temos aqui é o médico né, que está à disposição deles, o enfermeiro, técnico de enfermagem né, os aparelhos né, para medir pressão. Nós temos esses recursos aqui e também tem o teste de glicemia que a gente aproveita também, pra ver se também, a glicemia dele num anda alta né [...] E9

Nesse item, aparecem como importantes elementos para boas práticas o envolvimento e responsabilização dos profissionais pelo cuidado com os idosos portadores de HAS. Como contribuinte para prestação de cuidados integrais há disponibilização de carros para transporte do usuário quando encaminhado a outro ponto da atenção ou colaboração do SAMU, assim como a utilização de espaços comunitários para realização de ações para este público. Essa prática é importante por considerar os cenários de vida do sujeito, isso pode facilitar o acesso às ações de saúde e favorecer a criação de vínculo.

4.3.6 O trabalho em equipe: estratégia para o acompanhamento integral ao idoso portador de HAS

A intensificação de especializações na área da saúde tende a aprofundar verticalmente o conhecimento em uma área específica e a intervir em aspectos individualizados das necessidades de saúde que fragmentam o cuidado, assim, o trabalho em equipe tem sido uma estratégia adotada pelos serviços de saúde para enfrentar o constante processo de especializações nessa área (PEDUZZI, 2001).

Pereira (2011) aponta que as mudanças nos modelos de assistência adotados pelos sistemas de saúde, frente ao contexto sociocultural e econômico, torna o trabalho em equipe uma realidade emergente. A articulação do trabalho em equipe é uma alternativa para aplicar meios para redução de custos frente às novas formas de se pensar e fazer saúde.

O trabalho em equipe pode ser uma possibilidade para a construção de projetos em comum e, neste sentido, permitir o acompanhamento de idosos portadores de condições crônicas. Trabalhar em equipe, com a colaboração nas ações pode ser considerado uma boa prática, na perspectiva de que trabalhar em equipe é melhor que trabalhar sozinho quando se pretende construir meios para prestar cuidados integrais de saúde.

Um dos instrumentos de trabalho, identificado pelos sujeitos entrevistados, são as reuniões realizadas em diferentes níveis, abrangendo diferentes grupos de trabalhadores e atendendo a distintas finalidades.

As reuniões de equipe envolvem o conjunto dos trabalhadores e são trazidas como espaços importantes para o desenvolvimento do planejamento das ações pela equipe, para a

busca de alternativas frente aos problemas identificados e mesmo para o acompanhamento dos resultados obtidos.

através da reunião. [...] A gente sempre tem uma reunião mensal, nessa reunião a gente define as ações, né, que vão ser desenvolvidas. É, em conjunto. E2

[...] quando a gente vê que tem algum probleminha, que não tá dando certo, reúne o médico, o técnico, os agentes de saúde né, também que é muito importante, agente comunitário de saúde, a gente reúne muito. [...] pra discutir qualquer assunto que fosse necessário. [...] E9

As reuniões, realizadas em geral uma vez por mês, indicam uma nova prática no trabalho na rede de AB, dado que existe a possibilidade de se criar maior interação e integração entre os membros da equipe para que se possa construir projetos de acompanhamento individuais e coletivos junto à população sob cuidado da equipe.

As reuniões em equipe são um importante momento para a integração multiprofissional e gerenciamento do trabalho coletivo, possibilita uma visão global dos usuários e a estabelecer planos de cuidados mais coerentes com as necessidades de saúde dos sujeitos cuidados (MATOS, PIRES, 2009).

Para Silva e Trad (2005) as reuniões em equipe são espaços de possibilidades onde os membros da equipe podem conhecer o trabalho do outro e discutir os problemas do cotidiano. Esses momentos são oportunidades para a equipe negociar as soluções para os problemas identificados e estabelecer consensos para intervenção.

Cardoso e Nascimento (2010) entendem que as reuniões constituem espaços para avaliação do trabalho da equipe na ESF, por todos os envolvidos, é um espaço que permite avanços no sentido de favorecer maior aproximação entre os profissionais para facilitar trocas de experiências e articular relações com a comunidade usuária do serviço da Equipe.

Além das reuniões de equipe, os enfermeiros indicam a realização de reuniões com os ACS mensalmente. Essa reunião se caracteriza como oportunidade para o enfermeiro acompanhar o seguimento dos idosos portadores de HAS, pelos ACS.

Agora comigo, os agentes de saúde nós temos a reunião mensal né, de fechamento e aí eu sempre pergunto se está tendo alguma intercorrência e aí também tem as fichas B dos hipertensos que eles me mostram nas reuniões. E1

[...] todo mês, no fechamento do mês, que eu faço reunião com eles (ACS) é cobrado tudo direitinho de todos os hipertensos, eles visita certinho todo mês. E3

A OMS em 2003 lançou o documento “Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial” (OMS, 2003b) em que, além de discutir conceitos acerca das condições crônicas, aponta os desafios para o acompanhamento dessas condições. Neste aspecto, o documento indica o Programa de ACS do Brasil, numa perspectiva de um cuidado inovador no acompanhamento das condições crônicas, dado que

pode articular grupos de apoio à comunidade e os serviços de saúde, criando possibilidades de estreitar os vínculos entre comunidade, organizações de saúde, famílias e comunidades.

Além destes espaços, os enfermeiros indicam as reuniões existentes no município, com o conjunto dos enfermeiros, como espaços de troca de experiência, parecendo haver apoio horizontal entre as equipes. Estas reuniões contam, por vezes, com a colaboração de outros profissionais, não só de enfermeiros.

[...] aí tem outra reunião com a equipe toda, todo mês também, com a equipe, com todas as equipes, todo mês. Todas as equipes assim, os enfermeiros. E2

[...] depois a gente faz a reunião com as equipes todas, Monte Azul toda. [...] uma vez no mês a gente leva todas as coisas para eles (coordenação), juntamente e a gente discute. Então muitas vezes nessa reunião, não só os enfermeiros com os coordenadores, vem o NASF. [...] E10

Outro aspecto importante apontado pelos enfermeiros entrevistados diz respeito à comunicação e o trabalho com outros profissionais da rede de atenção, dado que o processo de colaboração não ocorre apenas nas reuniões conjuntas.

A comunicação é vista como um elemento importante entre os profissionais para o desenvolvimento das ações integradas, contudo, esta parece se dá na maior parte das vezes de modo informal.

[...] a maioria das vezes a gente elege (Profissional necessário) aqui de acordo a necessidade, e às vezes os próprios idosos eles indicam também alguma curiosidade que eles têm os próprios hipertensos, [...] E4

[...] na verdade a comunicação é muito simples, eu particularmente gosto de entrar em contato com o profissional por telefone mesmo, ou por e-mail, por mensagem, né. [...] E11

E3 reforça que o contato com outros profissionais que se envolvem no acompanhamento do idoso portador de HAS é feito por telefone, demarcando mecanismos informais para a comunicação com os profissionais do NASF.

Oh, é, a minha comunicação com eles normalmente é informal mesmo, nós temos a reunião né, do antigo SIAB mensal e aí mais no finalzinho eles participam também né, eles vêm perguntando né, se a gente tem alguma demanda, se tem algum caso pra passar. [...] Mas a comunicação, a solicitação é informal mesmo. Eu falo que eu to precisando né, vejo a disponibilidade, que dia que pode e aí. E1

[...] se eu tenho um paciente com algum problema que precisa ir à casa, precisa de psicólogo, precisa de nutricionista em casa, a mesma coisa (contato por telefone), eu entro em contato com eles (NASF) e eles fazem a visita domiciliar. E3

Da mesma forma E1 descreve a comunicação informal entre os níveis distintos e equipes para a organização e oferecimento de ações para o idoso portador de HAS. Reitera-se desta forma a impressão de que parece não existir um sistema de referência e contrarreferência organizado entre os serviços, havendo certa informalidade no sistema para o processamento das ações.

Cabe, entretanto algumas reflexões sobre este modo informal da comunicação se processar, pois se de um lado há informalidade, por outro se ganha na possibilidade de se reorganizar a rede de apoio aos pacientes com maior agilidade. Neste sentido, os entrevistados apontam que a tecnologia, hoje disponível, facilita o contato com a equipe. E10 indica a comunicação mediada pela tecnologia e os meios virtuais na comunicação com os ACS, e que pode se considerar uma boa prática para acesso mais rápido de contato entre os profissionais.

[...] a gente hoje tem né o WhatsApp, né, o celular, ajuda muito (na comunicação). [...] pra comunicar dessa forma, porque eu tenho seis ACS [...] mas só dessa forma, mesmo, por telefone, e em outras vezes quando eu vou também. [...] E10

As teorias organizacionais (MINTZBERG, 2003) definem esse tipo de comunicação adotada pelos profissionais como “Ajustamento Mútuo”; nessa modalidade de organização do trabalho, este é coordenado pelos trabalhadores e não há distinção hierárquica. A comunicação é informal para ajustar o desempenho de suas atividades diretamente uns com os outros.

Apesar de haver uma coordenação da AB instituída, os profissionais parecem ter livre acesso e contato entre si para também organizar o serviço conforme as demandas, parecendo se constituir em uma forma menos burocrática e formal para articular as ações.

Nesse sentido, Mendes (2015) relata que a expansão da telefonia móvel tornou o uso de celulares recorrente nos serviços de saúde para comunicação entre profissionais, usuários e gestão. Aponta que o uso do telefone e a realização de reuniões informais são meios de comunicação informais bastantes usados nos sistemas de atenção à saúde. O acesso à *internet* também tem sido crescente, principalmente com o uso de *e-mails* e outras mídias sociais como um instrumento eficaz de “Ajustamento Mútuo” bastante usado na área da saúde.

Com relação ao trabalho com outros profissionais da rede de atenção, o maior contato expresso pelos enfermeiros é em relação à equipe do NASF, que atua juntamente com as equipes locais mediante planejamento para “se garantir” uma agenda de trabalho: “[...] eles só pedem para a gente programar, avisar com antecedência, mas eles têm muita disponibilidade”. E4

É enfática, na fala dos enfermeiros, o apoio oferecido pelos profissionais do NASF nas diferentes ações de suporte à Unidade de Saúde, como realização de grupos, orientação a usuários e equipe e na visita domiciliar.

Tem o apoio dos profissionais dos NASF, principalmente da nutricionista e da educadora física. E3

Sempre tem disponíveis Psicólogos, Fisioterapeutas, então assim, sempre tem disponível pros grupos, né, e até mesmo se precisar pra consulta, avaliação, visita, sempre tiveram tivemos tudo isso. E5

A gente tem o apoio da educadora física, da nutricionista e também tem o apoio do fonoaudiólogo envolvido [...] E8

Pode-se afirmar, que para os enfermeiros estas ações, consideradas de matriciamento, permitem uma qualificação ao acompanhamento realizado não apenas aos idosos portadores de HAS.

[...] nós temos também a parceria com o pessoal do NASF, os funcionários do NASF que tem a, normalmente a nutricionista, tem a psicóloga né, tanto é que mês retrasado a psicóloga, ela fez uma ação também lá no poliesportivo [inaudível] que a gente faz, fez parceria lá. E1

Temos, nós sempre procuramos assim, dependendo do tema (da educação em saúde), convidar outros profissionais, muitas vezes a gente fizemos o uso do tema saúde bucal, a gente convida dentista para estar palestrando, educadora de física, inclusive muito importante para essa população, atividade física, então ela vem também, nutricionista, já fizemos também sobre alimentação saudável. Então a gente tem parcerias, dependendo do tema a gente convida outros profissionais da... E3

O matriciamento é uma estratégia de trabalho organizado em rede de serviços (GAZIGNATO; SILVA, 2014). Segundo Medeiros (2015) o matriciamento pretende contribuir para implementar relações colaborativas entre equipes e serviços com efeitos resolutivos na atenção e gestão do cuidado integral em saúde. Não se resume no encontro de profissionais de duas instâncias se apoiando para resolver determinada situação, mas também inclui ser o arranjo entre recursos ofertados para o cuidado em saúde que ocorrem em serviços distintos. Assim, além de uma equipe de ESF constituída, tem-se o apoio do NASF ou CAPS, que pode também elaborar planos de cuidados para o usuário participar de atividades ofertadas em outros serviços. Na proposta de matriciamento, percebe-se características de apoio horizontal entre os serviços de saúde, como elemento vertical para acesso do usuário ao serviço especializado.

Os enfermeiros apontam que mediante esta disponibilidade, os profissionais do NASF são convidados para apoiar a equipe na UBS.

Geralmente eles (NASF) estão bem disponíveis, né? Eles só pedem pra agendar antes e comunicar com eles através de mensagens, telefone, eles estão sempre disponíveis. E5

[...] esses profissionais (NASF) são poucos também, nutricionista só tem um, né, que atende a gente, preparador físico, fonoaudiólogo também e psicólogo [...]. E10

[...] Então eu sempre convido eles (NASF), ligo pra eles, entro em contato porque tem alguns que deles já estão participando aqui, com nós, na Unidade de Saúde. [...] E9

Ainda segundo os enfermeiros, os profissionais do NASF participam das ações de educação em saúde de acordo os temas que serão discutidos.

[...] a gente vai falar, por exemplo, sobre alimentação, aí a gente convida a nutricionista para falar né, e normalmente o médico sempre tá presente, o pessoal aqui da equipe aqui da Unidade sempre tá presente, aí depois da fala do nutricionista aí a gente complementa né, ver se eles querem perguntar alguma coisa, aí é sempre assim. Hoje vem o nutricionista e uma outra, por exemplo, vem o

educador físico né, e faz o trabalho dele e aí depois a gente vai conversar com os pacientes, normalmente funciona assim. [...] Tem a equipe dos NASF, que aí sempre que a gente precisa, igual até mesmo os grupos né, pra abordar algum assunto, a gente conta com a ajuda deles. E7

Conforme Brasil (2011d) a criação dos NASF teve como objetivo ampliar o alcance e as ações realizadas na AB e ampliar sua resolubilidade, por isso, as equipes do NASF são constituídas por profissionais de várias áreas do conhecimento em saúde para apoiar os profissionais das ESF, assim como as equipes de AB para populações específicas, no compartilhamento de práticas e conhecimentos nos territórios sob responsabilidade das equipes de AB e apoio matricial às equipes que o NASF tiver vínculo.

A atuação conjunta entre o NASF e as equipes da ESF prevê o compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal dos usuários para fortalecer o papel da AB de coordenadora do cuidado nas redes de atenção. Os profissionais do NASF devem, entre outras ações, contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários por meio de ações de apoio como discussão de casos, construção compartilhada de projetos terapêuticos, intervenções no território e na saúde de grupos de usuários e da coletividade e ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2011d).

Além desta articulação com profissionais da rede de atenção, em específico com profissionais do NASF, os enfermeiros apontam a importância e a necessidade do trabalho articulado dentro da própria equipe da Unidade de Saúde, sendo que é apontado que no caso do idoso portador de HAS, é fundamental o acompanhamento ser realizado pela equipe multiprofissional.

[...] a gente faz o acompanhamento juntamente com a equipe multiprofissional, médico ajuda, os agentes comunitários tem uma função muito importante também. [...] E4

[...] O médico me ajuda bastante. [...] o técnico de enfermagem também, nós trabalhamos juntos, aqui realmente, nessa Unidade Básica de Saúde é uma equipe, um ajuda o outro, porque a técnica de enfermagem sempre me ajuda, eu ajudo ela, ajudo o médico, o médico me ajuda, ajuda a técnica, tanto que realmente é uma equipe, um ajudando o outro. E9

E8 relata que toda a equipe é empenhada no trabalho e capaz de orientar o idoso portador de HAS de acordo com a capacitação e atribuição de cada membro da equipe.

[...] o empenho de todos os membros da equipe vem sendo muito positivo, [...] como eu estou te falando, a gente trabalha lá no povoado Z como equipe, desde a menina da limpeza, até a menina do consultório odontológico, se procurar alguma orientação de como o idoso deve seguir o tratamento ele vai conversar e orientar, talvez não igual o médico ou o enfermeiro, mas vai saber orientar. E8

No desenvolvimento do trabalho, segundo os enfermeiros entrevistados, embora existam dificuldades na articulação, decorrentes de características pessoais dos trabalhadores,

compreensão da finalidade do trabalho, dentre outros aspectos, há uma preocupação em que todos se integrem na realização das ações propostas.

[...] porque a gente fez um levantamento de todos, inclusive eu junto com os meus agentes de saúde, nós fizemos um caderno com todos os nomes, de todos idosos hipertensos da área, de cada agente de saúde e aí passei para a médica, fiz o agendamento desses pacientes e todo mês a gente estava tentando... Está um pouco parado agora, mas a gente está tentando todo mês fazer o agendamento para estratificação (de risco) [...] E3

[...] os médicos estão começando a fazer uma estratificação de risco pra gente poder fazer busca ativa né, de quem tem que vim mais vezes ou não, [...] pra tá vendo quem é da nossa área pra tentar fazer a busca ativa dos pacientes. E7

a gente faz, é com o agente comunitário de saúde, porque eu acho que o olho do PSF está no agente comunitário de saúde. [...] E8

No trabalho em equipe a figura do ACS é recorrente, os enfermeiros reconhecem a importância do trabalho destes profissionais junto aos idosos portadores de HAS.

[...] os agentes de saúde que são o meio de comunicação para acontecer. E3

Os agentes comunitários da saúde que é o elo de ligação, (entre os idosos e a Equipe) [...] E4

O ACS tem, segundo os enfermeiros, um lugar de destaque na equipe, pois acaba sendo o elo com a comunidade, não somente por ser o “olho do PSF” como trazido por E8, mas por que a partir de seu trabalho junto às famílias há a possibilidade do trabalho em conjunto com a equipe, e com o enfermeiro em particular, no planejamento da intervenção, ou seja, a partir da situação que o ACS encontra na residência ou no território de vida dos idosos portadores de HAS, ocorre o planejamento das ações mais adequadas ou articuladas ao contexto trazido por estes trabalhadores.

[...] através do que eles (ACS) encontram lá na residência, que eles relatam, se eles suspeitam que o, que o paciente fala que toma a medicação e não toma ele repassa e a gente discute em equipe e planeja ou visita domiciliar ou uma reunião. E6

[...] ele (ACS) traz (para enfermeira) um caso específico né, que ela acha que necessita mais de intervenção, de fazer uma visita, avaliar, exame médico, nutricionista né, se precisar [...] E7

[...] quando o médico chega aqui eles passam no médico [...] e se o médico ver que ele está com alguma coisa, que está muito alta (PA), então ele chama a gente. Aí nós vamos passar a acompanhar, aí nós vamos acompanhar juntamente com a ACS que é o elo mais próximo deles. E1

A relevância do trabalho do ACS para a equipe de saúde da ESF é inquestionável, apesar de críticas e dificuldades (PINTO; FRACOLLI, 2010; GAMA *et al.*, 2012) que existem no trabalho deste trabalhador, apontadas mais a frente. A proximidade deste profissional com a população o torna um intermediário e organizador popular, de forma que em sua atuação no território aproxima os usuários dos serviços de saúde (BRITO; FERREIRA; SANTOS, 2014).

O elo entre usuário e o ACS é importante para a concretização da ESF, pois é pelas demandas dos usuários observadas no território, pelo ACS, que as ações de saúde são planejadas pela equipe. Os ACS fazem a interlocução e, em grande parte das vezes, traduzem para a equipe as necessidades dos usuários, com isso criam possibilidade de estabelecer vínculo com as famílias sob sua responsabilidade (FILGUEIRAS; SILVA, 2011).

Segundo Sakata (2009) o atributo de o ACS ser o elo entre a comunidade e a equipe de saúde tem relação com o fato desse profissional além de está na equipe ser também membro da comunidade onde atua, isso favorece mudanças no modelo assistencial e em prestação de cuidados permeados de relações humanas.

Segundo os enfermeiros, os ACS têm como característica marcante de seu trabalho, o estabelecimento de vínculo com o idoso portador de HAS. O elo que se cria nesta relação parece acontecer a partir da realização de um trabalho de acompanhamento regular durante a visita domiciliar mensal.

[...] porque o elo nosso é o ACS mesmo, principalmente lá na zona rural, que nós não temos condições de estar nas casas, longe demais, para está visitando todo mundo. [...] E10

Um estudo realizado por Filgueiras e Silva (2011) aponta que o ACS tem um papel de destaque na AB por representar como elo entre a equipe da ESF, as famílias e usuários do serviço construído na visita domiciliar.

Os enfermeiros orientam os ACS quanto a suas funções dentro e fora da Unidade de Saúde, porém o trabalho do ACS se concretiza no território e por isso conhecem melhor a rotina do idoso portador de HAS.

[...] Elas (ACS) sempre vão lá (na UBS), eu sempre passo o que elas têm que fazer [...] E10

[...] nós temos que focar mais nos agentes comunitários de saúde que sabe quem são os oitenta hipertensos que eles têm. [...] cada um deles sabe quem é hipertenso, onde que ele está, onde que ele se localiza, [...] E9

Vale reforçar que muitas vezes o ACS funciona como uma espécie de “ponte” entre o idoso portador de HAS e o serviço de saúde, leva orientações ao idoso e apresenta para o enfermeiro as demandas percebidas na visita domiciliar.

Então, na verdade quando precisa de alguma coisa né, se chega pelo ACS ou pelo familiar, pelo quem for, [...] E7

[...] eles (ACS) são a primeira pessoa que entra em contato com o hipertenso [...] todo mês tem que tá na casa deles, eles também vão e também cadastram o hipertenso e também controla a pressão deles também, porque assim eles fazem medição de pressão aqui né, [...] então assim, medem a pressão de cada um hipertenso, ver se tá aumentando, qualquer coisa manda pra mim né, e também faz a busca ativa desses pacientes. E9

Em um estudo realizado por Andrade e Cardoso (2017) em uma cidade do interior paulista com profissionais e usuários de duas ESF identificaram que os enfermeiros percebem os ACS como “olhos e ouvidos” da equipe em função destes levar aos profissionais informações sobre os usuários. Os autores afirmaram que os ACS realizam vigilância na comunidade, ao ponto que a equipe conhece a realidade de alguns usuários somente pelas informações trazidas pelos ACS.

Os ACS têm conhecimento da programação de atividades mensal, a serem realizadas pela equipe e fazem o convite aos idosos portadores de HAS, para participação, durante a visita domiciliar.

Os agentes de saúde, eles, levam o cronograma mensal, todo dia eles passam fazendo as visitas de casa em casa e já também falam que tal dia vai acontecer tal palestra no PSF [...] E8

A comunicação nossa é através dos agentes comunitários de saúde né, que os hipertensos ficam sabendo que vai ter uma educação em saúde aqui. [...] Dou né, os recadinhos, mando escrito num papel né, digito, imprimo e dou a cada um deles (ACS), quantos hipertensos cada um tem que é em média aí oitenta, cinquenta, cada um tem, então passo pra eles. [...] E9

Outras importantes tarefas dos ACS, apontada pelos enfermeiros, é ajudar no controle do tratamento medicamentoso e da PA por meio da mensuração regular no domicílio e agendar e fazer busca ativa de idosos portadores de HAS para consulta.

O tratamento medicamentoso, o controle é realizado mais pelos agentes de saúde. [...] Ele olha lá (domicílio) a medicação, que dia que entregou a medicação, o receituário (receita), conta os medicamentos de uma maneira para ver se tomou o número correto, e muitas vezes o que também eles fazem é aferir a pressão arterial [...] ele que busca esses pacientes para fazer a consulta, está marcando a consulta, também ajuda a gente nesse controle da hipertensão arterial através das aferições de medidas de pressão [...] E8

[...] o agente comunitário de saúde que pode nos confirmar se eles estão tratando [...] E9

Segundo Lima, Silva e Bousso (2010) os ACS preenchem um importante espaço de suporte e apoio na velhice, especialmente para aqueles idosos que não têm suporte familiar fortalecido.

Em um estudo realizado por Bezerra, Santo e Batista Filho (2005), em Camaragibe-PE para analisar as principais concepções entre ACS, referentes ao processo de envelhecimento, identificaram que esses profissionais se reconhecem como essenciais na atenção à saúde do idoso na AB e apontaram necessidade de capacitação para lidar com as fragilidades determinadas pelo envelhecimento.

Nas falas dos enfermeiros há a indicação de que estes capacitam os ACS quanto às orientações para facilitar o acompanhamento do tratamento medicamentoso do idoso portador

de HAS, em especial para identificação dos medicamentos conforme o horário para consumo da medicação, porém o tratamento não medicamentoso parece ser negligenciado na capacitação dos ACS.

[...] faço a capacitação com os agentes também, pra tá orientando em relação né, o uso de remédios, a gente sempre faz o solzinho, a lua, essas questõezinhas assim. E2

Apesar de reconhecida a importância da visita domiciliar, os enfermeiros têm dificuldade em acompanhar o cumprimento desta atividade, por vezes os idosos portadores de HAS reclamam que o ACS não vai até o domicílio regularmente, principalmente na zona rural.

[...] por ser zona rural, lá é mais difícil, é mais difícil controlar, se está indo na visita certinho (ACS), muito deles reclamam (usuários), mas dentro do limite possível, a maioria é muito boa, me ajuda muito. E10

Nesse sentido, Baptistini e Figueiredo (2014) apontam que o acesso do ACS às residências da zona urbana em cidades de pequeno porte, para realizar uma visita domiciliar não parece ser um problema, porém na zona rural o acesso ao domicílio é um desafio devido às residências serem isoladas e as vias de acesso inóspitas.

A visita domiciliar do ACS tem o propósito de acolher, escutar e construir vínculos com os usuários, além de ser uma possibilidade de ampliação da assistência recebida na UBS (ANDRADE; CARDOSO, 2017). Dessa forma é importante considerar as reclamações dos idosos portadores de HAS para que as visitas domiciliares cumpram com sua finalidade e complemente o acompanhamento, que precisa ser integral.

No relato dos enfermeiros percebeu-se que alguns ACS parecem desmotivados com o trabalho, isso tem implicado em alguns ACS deixarem de cumprir algumas tarefas pertinentes ao cargo ou se tornam resistentes quando solicitados a executar determinadas atividades.

A gente sabe né, que mexer com agente de saúde é meio complicado, que às vezes tem uma ou outra ficha B que não é atualizada, eles podem alterar, mas assim, eu trabalho com as fichas B também e sempre nas reuniões eu vou olhando pra vê se né, se eles tão acompanhando direitinho. E1

[...] Só tem um probleminha com os agentes comunitários de saúde que muitas vezes tem um desânimo né, de tá mais buscando ativamente esses pacientes. [...] muitas vezes eles deixam a desejar. [...] minha maior dificuldade encontrada aqui são os agentes comunitários de saúde. E9

[...] tinha hora que eu imprimia tudo, hora, data, tudo certinho e cê via que não tinha esse interesse de correr atrás. Porque eu tiro em comparação com as outras equipes, né. Porque a reunião dos outros enchia mais do que a da gente. [...] os mesmos que vinham eram de agentes de saúde específico, que eu sabia que lá e chamava, convidava, né, e de outros não, e tinha alguns hipertensos que depois chegavam e falavam “óh eu nem fiquei sabendo da reunião”. Então assim, às vezes eu acho que é por falta de interesse de alguns agentes de saúde [...] E5

Costa e Ferreira (2012) também perceberam desmotivação por parte dos ACS em um estudo realizado em Teresina-PI, nesse caso apesar de reconhecerem a importância do

trabalho que realizam, são desmotivados por falta de apoio e reconhecimento por parte da comunidade, da equipe e da gestão do município, situação que pode influenciar na qualidade da assistência realizada no território. Segundo Hefler e Loureiro (2014) quando o ACS está desmotivado quanto ao seu trabalho, estes manifestam sinais de impaciência, arrogância, despreocupação com o serviço, desorganização e perda de foco nas atividades do serviço.

No estudo de Kebian e Acioli (2014) realizado com enfermeiros e ACS de UBS de municípios do Rio de Janeiro perceberam que os ACS priorizavam a visita domiciliar a algumas famílias em detrimento de outras, devido a entraves do cotidiano que dificultam a realização dessa atividade para todas as famílias.

Desse modo, críticas também são apontadas em relação ao trabalho do ACS como as relatadas anteriormente e sustentadas por Pinto e Fracolli (2010). Segundo estes autores o ACS realiza poucas ações de promoção da saúde e poucos consideram a necessidade de empoderar os usuários, pautando suas ações quase sempre na prevenção de doenças com práticas higienistas, típicas do modelo flexneriano⁸, e raramente emancipadoras dos sujeitos.

Nesse sentido, Gama *et al.* (2012) realizaram um estudo a fim de investigar a qualificação dos ACS como educadores, no município de Petrolina-PE e verificaram que estes profissionais tinham conhecimento insuficiente sobre o processo de educação em saúde.

Os enfermeiros expressam entender que os ACS deveriam ser mais ativos no controle da adesão do idoso portador de HAS aos tratamentos, pois têm contato frequente com o usuário no domicílio.

[...] quem tem aquele maior contato dentro da casa é o agente comunitário de saúde, que deveria ser mais ativo nessa parte (controle da adesão) [...] essa parte da medicação, ela é mais voltada pros agentes comunitários em saúde. Por que? Porque passa nas casas [...] “deixa eu olhar se tá tomando direitinho, quais medicamentos” [...] isso aí que tá faltando dos agentes comunitários de saúde né, porque tem que entrar na casa, medir a pressão né, procurar saber do hipertenso, com a família se tá tendo alimentação saudável, como tá sendo a alimentação, [...] E9

[...] quando eu falei com elas (ACS) que eu queria isso (registro), bem fidedigno [...] pra ter em mãos alguns dados, eu até solicitei cadastros, essas anotações, o cartão SUS de todo mundo, mas eu vi que alguns criaram certa resistência [...]. E11

Os enfermeiros parecem reconhecer a necessidade de motivar os ACS para o trabalho. Segundo Hefler e Loureiro (2014) motivar o ACS para o trabalho influencia positivamente em seu comportamento, se tornam mais ativos, dispostos e flexíveis a buscar melhores resultados e a cumprir metas.

⁸O Modelo Flexneriano tem concepção médico-curativa, caracterizado por visão mecanicista do processo de produção de saúde e doença, reducionismo da causalidade aos fatores biológicos e atenção sobre a doença e o indivíduo (MATTA; MOROSINI, 2009).

Nesse item o trabalho em equipe se mostra importante para efetivação de uma assistência integral ao idoso portador de HAS. As articulações do trabalho por meio de ajustamento mútuo entre os profissionais da equipe e da rede, em especial do NASF, sinaliza que, nesse cenário, esta é uma boa prática de cuidado que facilita o acesso e o acompanhamento do idoso. Essas práticas parecem ser fortalecidas pelas ações de matriciamento e pelo trabalho do ACS no território, apesar de críticas apontadas em relação ao trabalho desse profissional.

4.4 Estratégias de acompanhamento e de adesão

O termo adesão à terapêutica refere ao grau de coincidência entre aquilo que foi orientado pelos profissionais de saúde e ao que de fato dessas orientações do tratamento foram adotadas pelos pacientes (ALENCAR *et al.*, 2011).

A adesão aos tratamentos da HAS é um processo complexo moderado por fatores que podem facilitar a não adesão, isso se deve a fatores relacionados “à própria instituição assistencial e profissional de saúde, socioeconômicos e demográficos, aspectos psicossociais e culturais, apoio social e familiar e ao tratamento terapêutico” (MENDES *et al.*, 2014, p. 63).

A adesão ao tratamento medicamentoso é fundamental para o sucesso da terapia prescrita e é foco da maioria dos estudos da adesão, no entanto, adesão aos tratamentos envolve outras variáveis como comportamentos de saúde adotados pelo sujeito, engloba também aspectos do sistema de saúde, fatores socioeconômicos e relacionados ao próprio tratamento, ao paciente e à condição de saúde (GUSMÃO, MION JÚNIOR, 2006).

Segundo Liberato *et al.* (2014), existe relação positiva entre adesão aos tratamentos de condições crônicas de saúde e qualidade de vida do usuário. Isso reforça a importância de os profissionais de saúde valorizarem a adesão aos meios de tratamentos para que a assistência seja holística e se volte ao conceito ampliado de saúde.

Os serviços de saúde têm como desafio possibilitar acompanhamento regular aos usuários portadores de condições crônicas de saúde, assim como desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção das DCNT. Somente realizar diagnóstico e cadastro precoce não garante que os portadores de condições crônicas realizem o tratamento, qualquer que seja ele, adequadamente. É importante existir monitoramento por meio de acompanhamento mensal, ou de acordo com a necessidade do usuário, para motivar a adesão aos tratamentos com mudanças nos hábitos de vida, de forma a permitir uma melhor qualidade de vida e prevenir o aparecimento de complicações (LIMA; GAIA; FERREIRA, 2012).

Assim, a adesão ao tratamento de condições de crônicas de saúde é uma questão delicada, por envolver fatores intrínsecos ao idoso e à família, aos profissionais de saúde envolvidos e ao funcionamento da rede de atenção que perpassa pela oferta dos serviços, acesso, acessibilidade, vinculação e outros princípios norteadores da AB.

Desenvolver estratégias para adesão e acompanhamento implica na busca de qualificação da atenção prestada e dos sujeitos produtores de ações de cuidado ao idoso, que é o sujeito “alvo” da atenção.

Os enfermeiros, em suas falas, apontam que priorizam a realização de ações conforme a necessidade que identificam nos idosos portadores de HAS, sendo priorizados os atendimentos individuais e a promoção da saúde, por meio da educação em saúde.

É priorizada sempre assim, a partir da necessidade da população, no momento. Nós damos mais prioridade para promoção, as consultas médicas, de enfermagem e a educação de saúde. E8

No atendimento individual, os enfermeiros relatam fazer planos de cuidado individualizados, considerando as necessidades de cada idoso portador de HAS. [...] *a gente faz o plano de cuidado do paciente hipertenso, é, de acordo com a necessidade de cada um. E8*

Quando os enfermeiros entrevistados falam em necessidades dos idosos, tem-se a impressão de se referirem à necessidade de saúde do usuário. Impressões sobre o conceito de necessidades de saúde para cuidado com o idoso na AB, apareceu também no estudo de Marin, Santana e Moracvick (2012) quando compreenderam que este conceito vem sendo discutido na perspectiva de ampliar a visão do cuidado em saúde das pessoas, famílias e comunidade, a fim de superar o modelo de atenção que privilegia apenas aspectos biológicos e a cura das doenças.

As necessidades de saúde têm relação com as condições de vida do usuário, ao acesso a bens e serviços, com o estabelecimento de vínculo com os profissionais de saúde, à autonomia para tomar decisões em relação ao modo de conduzir sua vida e à organização e qualidade das ações a que têm acesso nos serviços de saúde (CECÍLIO, MATSUMOTO, 2006, MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011).

Necessidades de saúde incluem necessidades médicas, problemas de saúde (doenças, sofrimentos ou riscos), mas, além disso, são relacionadas a carências ou vulnerabilidades expressas nos modos de vida e identidades do usuário (HINO *et al.*, 2009).

A atitude adotada pelos enfermeiros, em considerar as necessidades de saúde dos idosos, para endossar sua prática se mostra coerente com as estratégias adotadas por profissionais de enfermagem localizadas na literatura científica. Silva, Vicente e Santos

(2014) realizaram uma revisão de literatura onde verificaram que em todos os estudos analisados, os autores reforçam a necessidade de que o enfermeiro deve se preocupar para que o cuidado prestado seja compatível com as demandas e necessidades de saúde apresentadas pelo idoso.

Nesse tema tem destaque, para a construção de práticas de cuidados integrais, a elaboração de planos de cuidados individualizados para o idoso portador de HAS, essa atitude é importante por considerar a individualidade de cada sujeito. Merece destaque também a priorização de ações conforme a necessidade coletiva dos usuários. Entende-se que priorizar ações conforme as necessidades de saúde apresentadas não é trabalhar “apagando fogo”, mas sim promover saúde levando em consideração as demandas existentes, visto que mesmo o serviço com alta resolutividade na assistência, a tendência é que necessidades de saúde continuem a surgir, porque a saúde acontece em um movimento cíclico de momentos que a percepção de saúde e das necessidades, certamente, irão variar.

4.4.1 A importância da educação em saúde na adesão do idoso ao tratamento da HAS

O atendimento típico de enfermagem para os idosos portadores de HAS que procuram a Unidade de Saúde é feito pelo esclarecimento de dúvidas e orientações sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso, bem como das complicações da HAS devido a PA não controlada, busca pelo serviço de saúde, controle do estresse, estratificação de risco, frequência aos grupos, renovação da receita, verificação do acompanhamento domiciliar e realização do procedimento de mensuração da pressão.

[...] É, ué, em relação mais sobre as dúvidas dele, né, sobre, é, os hábitos diário, né, em relação a alimentação, atividade física e uso do medicamentoso. E procurar sempre a UBS nos casos de risco, né, porque às vezes, eles não têm muita orientação, nem sabem quando procurar né. E2

Acredito que é muito a questão do, de dar medicação certinha e também da alimentação [...] mais nesse sentido, de alimentação, de tomada de medicamento, [...] de controle de estresse, também, [...] a gente tava fazendo o seguinte também, por consultas, assim, por dia, a gente tava colocando dois hipertensos pra tá fazendo a estratificação certinha, né, [...] E5

[...] quando eu vejo que tem um hipertenso aqui, eu chamo na minha sala, converso né, eu vou medir a pressão dele, pra saber como que a pressão dele tá, vejo se tá sendo acompanhado mesmo, se ele está vindo aqui, pergunto, tenho diálogo com ele, se realmente ele está aqui, vindo direto, constantemente, toda semana aferir a pressão. [...] se ele tá renovando realmente a receita, se ele tá vindo no grupo operativo. [...] Eu falo da importância da prevenção, das complicações que os hipertensos podem ter, né. Porque o AVC, problemas nos rins, que ela pode causar, se a pressão tiver sempre alta [...] E9

No atendimento típico dos idosos portadores de HAS, os enfermeiros buscam usar linguagem assertiva para melhorar o entendimento do usuário. Segundo a fala dos

enfermeiros, estes acreditam que quando o idoso compreende a informação que recebe poderá haver mudança em seu comportamento de saúde.

[...] Eu falo a linguagem deles, que eles vão compreender, né, converso bem, pergunto da comida, não necessariamente tudo, porque eu sei que eles não vão conseguir fazer aquela dieta, que a gente precisa né, mas eu oriento eles, que eles tem que tomar o remédio, [...] que tem que fazer acompanhamento [...] E10

[...] nas nossas palestras a gente usa uma linguagem bem assim, de fácil entendimento, a gente utiliza brincadeiras, muitos exemplos pra eles entenderem, compara, né, muito, pra eles entenderem o que é a doença, qual a importância de tá aderindo a medicação. [...] E4

A comunicação é importante para atingir o outro e torná-lo um sujeito ativo na transformação de sua realidade. Por meio dessa estratégia as pessoas revelam sentimentos de interesse ou não, na relação que está sendo estabelecida (OLIVEIRA; LEFÈVRE, 2017).

Almeida e Ciosak (2013) observaram que enfermeiros têm usado aspectos da comunicação assertiva, como a linguagem adequada, demonstração de expressões faciais (sorriso), olhar centrado no idoso e escuta atenta durante os atendimentos, principalmente a equipe de enfermagem da AB, e têm conseguido uma forma de comunicação favorável à adesão dos idosos ao controle da saúde, indicando como já apontado anteriormente, que a comunicação é considerada uma potente ferramenta de trabalho da enfermagem.

Os autores supracitados salientam ainda que quando há falta de conscientização do idoso em relação à necessidade do controle periódico da saúde, isto exige que a equipe de enfermagem da ESF estabeleça uma comunicação eficaz com o sujeito, de forma que considere os aspectos da cultura local, fatores psicossociais e subjetividades envolvidas na comunicação. Assim pode-se afirmar que a comunicação eficaz pode influenciar os idosos a mudarem sua atitude em relação ao cuidado com a saúde.

As atividades em grupo e individuais aparecem como importantes estratégias no acompanhamento e tratamento da HAS. Emergiu nos relatos dos enfermeiros a atividade física, consulta de enfermagem, grupos operativos, palestras, educação em saúde e atendimento à demanda espontânea para esse público como estratégias que podem se constituir como boas práticas para o acompanhamento e tratamento do idoso portador de HAS.

[...] Existe o grupo né, de atividade física, que eu acho que pode ajudar, porque a gente sabe que atividade física é importante também [...] E2

[...] Eu tenho vínculo, é estratégia, visita é estratégia, palestras é estratégia, [...] A gente tem também os grupos operativos, né, que eles fazem parte, [...] tem os grupos de caminhada, [...] a gente utiliza muito desses recursos de palestras, grupos operativos ou demanda espontânea, a gente... [...] E4

As estratégias seriam mais o grupo operativo. Grupo operativo, né? [...] É melhor nossas consultas, durante a consulta, já chama, já comunica, pra adesão do tratamento. E5

O termo grupo operativo parece ser utilizado pelos enfermeiros para traduzir qualquer atividade em grupo e não necessariamente uma atividade grupal dirigida e desenvolvida a partir de um método específico.

A obra de Enrique Pichon-Rivière, psiquiatra argentino estudioso dos grupos, é um importante legado para a compreensão da estrutura e funcionamento dos grupos e das intervenções grupais. A teoria e técnica de grupo operativo está articulada ao uso do conceito da dialética em intervenções grupais (PEREIRA, 2013).

Assim, grupo operativo é um lugar de conversa e de produção de conhecimento que se concretiza no encontro com outro. Ao formar um grupo dar-se a possibilidade para a conversa e a tensão entre as contradições. A promoção da saúde por meio de grupos operativos busca fazer com que os papéis circulem entre os membros do grupo, supere estereótipos e gere novas possibilidades de compreensão. Em um sentido estrito, o grupo operativo pode se referir como uma técnica ou estratégia de intervenção (CASTANHO, 2012).

Bastos (2010) afirma que a aprendizagem em grupos coloca em evidência a possibilidade de uma nova elaboração de conhecimento, de integração e de questionamentos acerca de si e dos outros. O grupo operativo é uma técnica de trabalho em grupo, onde o objetivo é promover a aprendizagem com os sujeitos envolvidos. Na aprendizagem em grupo os sujeitos realizam uma leitura crítica da realidade, desenvolve atitude investigadora, discute as dúvidas e aponta inquietações.

Considerando estes aspectos, os enfermeiros entrevistados, embora utilizem correntemente o termo “grupos operativos” parece não dominar exatamente seu significado, dado que utilizam o termo para se referir a uma palestra com grupo de idosos com caráter educativo. Cabe ainda destacar que não foi possível identificar se os enfermeiros foram treinados conceitual e operacionalmente no desenvolvimento de grupos operativos, embora esta estratégia possa se constituir em uma ferramenta potente para o trabalho de educação em saúde.

Pereira (2013) destaca que a técnica do Grupo Operativo é uma ferramenta operacional valiosa para o trabalho com e em grupos em diferentes contextos, seja na área educacional, organizacional ou da saúde e também na pesquisa. Assim sendo, a enfermagem pode se apropriar desse recurso como estratégia em ações de educação em saúde para possibilitar aos idosos portadores de HAS experiências que promovam saúde a partir dos contextos, dificuldades e necessidades apresentadas pelo próprio sujeito, para inserir e

valorizar as vivências prévias dos idosos no tratamento e convivência com esta condição de saúde.

O atendimento programado do idoso portador de HAS também acontece como rotina de cuidado. O agendamento é feito pelo ACS para retorno do idoso para mostrar exames, quando é solicitado durante o atendimento inicial, assim como para renovação de receita.

[...] Muitas vezes eles têm que voltar pra renovar a receita, mas só assim, das pessoas que tem mais problema mesmo relacionado com a hipertensão, a gente marca retorno, [...] de três em três meses, eles tão renovando a receita [...] E10

Tem (atendimento agendado). [...] é solicitado os exames necessários pra avaliação, e a partir desses exames solicitados, juntamente com os agentes comunitários de saúde, agendamos o retorno desse usuário. E11

Os enfermeiros aproveitam os momentos que o grupo de idosos se reúne para caminhada para realizar educação em saúde, e assim conseguem atingir um público maior de participantes na ação:

[...] então eu aproveito muito essa população que já está reunida pra caminhada e faço, as palestras, [...] Eu aproveito o grupo de caminhada, que eles têm muito interesse pelo grupo de caminhada, aí eu já vou lá e dou a palestra, tem uma adesão maior, eu consigo uma população maior, sabe? [...] E4

Mais uma vez, os enfermeiros expressam que este espaço, de encontro coletivo, melhora a adesão dos idosos por favorecer disseminar informações e a troca de experiências que permitem o controle da PA e estes demonstram, ao mesmo tempo, satisfação pelo interesse que o profissional tem em cuidar deles.

Pinheiro, Alvarez e Pires (2012) relatam que as atividades em grupo têm maiores índices de adesão devido aos usuários se identificarem e reconhecerem seu problema no outro.

[...] eu tenho um número que são fieis, que em todas as reuniões estão presentes, que todas as consultas que eu marco eles vêm e esses conseguem manter uma saúde controlada. E3

Sim (melhora adesão entre frequente nas ações), porque a gente ensina, né, eles ficam muito satisfeitos, eles ficam felizes de saber que a gente está interessada em cuidar da saúde deles, então eles começam a sentir que estão sendo valorizados e que eles precisam cuidar deles também. E4

Esta percepção dos enfermeiros, identificada em suas falas, apontam para a continuidade das atividades educativas, sendo que estas acontecem em frequência que varia de diária a mensalmente e são registradas por meio de atas, listas de presença e fotografias.

A gente registra lá no caderno, a data, qual o tema, né, a realização da palestra, a gente trás pro participante assinar e a gente checa e vê também o controle [...] E5

A gente faz dois grupos operacionais com os hipertensos e diabéticos por mês. [...] E8

[...] a educação em saúde tem de ser realizada toda semana né [...] E9

[...] Eu dou palestra quase todos os dias. E10

Segundo os enfermeiros, os idosos portadores de HAS, participantes das ações educativas, ao longo do tempo, controlam a PA pela aderência às recomendações feitas pelos profissionais de saúde, que resulta em mudança de estilo de vida.

A gente até acompanha, né, peso, altura e glicemia dos que participam, você vê que há melhora, ficam bem, bem bacana, por mês, né, que ali, realmente, o que a gente fala nas nossas palestras tá dando resultado. A pressão fica bem controlada. O pessoal quando chegou tava com a pressão meio descontrolada, aí, com o tempo foi melhorando, porque como participa (das ações) sempre as mesmas pessoas a gente pode ter esse controle, né? E5

O idoso, ele que participa dos grupos operacionais, ele tem uma mudança no estilo de vida, então ele passa a entender mais sobre a sua doença, passa a entender mais sobre o seu tratamento, sabe como tratar, sabe o que fazer, então ele tem uma adesão e ele mantém a sua pressão mais controlada do que os outros que não participam. E8

Os entrevistados entendem que PA controlada e a participação nos grupos correspondem em adesão ao tratamento proposto e interesse dos idosos no autocuidado. A percepção de melhor adesão aos tratamentos da HAS se dá em função da ausência de complicações e do acompanhamento regular destinado aos idosos portadores de HAS.

A gente percebe no acompanhamento, o idoso que está com pressão controlada, significa que ele está aderindo, né, e como a gente faz o acompanhamento desses idosos, na ficha B, a gente consegue acompanhar esses idosos, é um sinal, né? [...] a própria adesão desses idosos aos grupos, né, a gente percebe que o idoso que passa a frequentar esses grupos, é porque ele tá tendo interesse em se cuidar, né, então através disso. E4

[...] Pelo acompanhamento mensal, porque os próprios pacientes, eles relatam que melhorou, conseguiu é melhorar a questão da alimentação e assim a gente percebe no, na aferição da pressão, constante monitoramento que tá havendo controle né. O paciente que às vezes, ele tava com a pressão sempre descontrolada começa a passar ser controlada. E6

Como não tá surgindo complicações e outra coisa, não tem aquelas pessoas aqui, que chega, hipertensa, com a pressão alta. [...] Então aqui é difícil ver um hipertenso entrando aqui na Unidade Básica de Saúde que tá com a pressão muito alta. Entendeu, então to achando que tá tendo essa melhoria, né. E9

Desta forma, a adesão também é percebida, pelos enfermeiros, pela melhora clínica do estado de saúde e pela ausência das complicações nos idosos portadores de HAS, o que pode evidenciar a possibilidade efetiva do cumprimento das prescrições de cuidado, como por exemplo, a prática de atividade física.

Há sim, porque eu mesmo, como eu, eu venho pra cá, eu venho a pé, então eu encontro muitos fazendo caminhada, então acredito que há esse retorno, que como nós orientamos com relação a atividade física eles fazem né, eu já, já vejo alguns fazendo caminhada. Então eles falam assim, oh ela lá que tava lá na reunião, nós tamos fazendo a caminhada, então eles quer mostrar que estão fazendo caminhada. E1

A gente percebe através da melhora clínica, porque a gente vê que aquele idoso deixou, muitas vezes, sinais e sintomas que eles estavam sentindo, tem menos

quantidade ou nem sentem. [...] Então com o controle daquela hipertensão arterial, eles já voltaram para a atividade física, nas consultas e nas aferições de pressão arterial, aí a gente vê que já está mais controlado, e até mesmo a feição da pessoa muda. Você percebe quando a pessoa está com o tratamento correto. E8

A educação em saúde quando é contextualizada às necessidades apresentadas, isto é, quando aborda temas que os idosos ou familiares sugerem, intercorrências no idoso e família, ou mesmo quando há participação de outros profissionais, o idoso parece que se torna mais ativo e receptivo às orientações.

[...] a gente percebe que quando trás um profissional, quando trás um tema que eles apresentam, um familiar apresenta, [...] que tenha um diagnóstico na família [...] eles têm uma adesão maior [...] aí eles participam mesmo, eles falam “Tem isso, minha irmã aconteceu isso.” [...] a adesão a esses grupos, essas reuniões, a essas palestras desde que a gente entrou aqui até hoje melhorou bastante, graças a Deus teve uma melhora muito significativa nos últimos tempos. [...] teve que dar a mesma reunião duas vezes seguida porque não coube na sala, então eu me senti..., a gente se sentiu maravilhado com aquela situação, entendeu? E porque é uma coisa simples, alguns temas diferentes, alguns temas importantes e que foi solicitado, que foi pedido pelos usuários [...] E11

Quanto aos temas a serem abordados, os acontecimentos que repercutem entre os usuários, necessidades e dificuldades relatadas pelos usuários e/ou percebidas pelos profissionais da equipe, são considerados para a realização das ações de educação em saúde.

Na verdade essas prioridades são definidas, na verdade por casos, os casos clínicos, alguns casos, algumas situações, que de certa forma atraindo, por exemplo, um vizinho deles [...] um senhor que apresentou IAM nessa área, como o caso que propagou-se (ganhou repercussão) de certa forma aos usuários, aos vizinhos, eles ficaram sabendo do caso, aí a gente achou importante falar sobre aquilo, esclarecer algumas dúvidas, a gente abre espaço pra dúvidas, pra questionamentos [...] E11

Então, normalmente a gente vê assim, o quê que é mais de reclamação que a gente escuta (dos idosos) né, o quê que os ACS falam que eles veem lá no dia a dia, “oh, né, precisa disso, falta isso, eles não tão né, fazendo tal coisa”, a gente vê desses assuntos assim né, que a gente vê que é mais importante, no momento, que não foi abordado ainda, pra poder trabalhar com eles isso e uma dinâmica também pra fazer pra vê se não fica chato, repetitivo né, pra vê pessoas diferentes, pra variar um pouquinho mesmo. E7

Outro aspecto apontado refere-se à estratégia ou método para realização da educação em saúde, e também considerado pelos enfermeiros, é a necessidade de variar temas para as ações, visto que a rotina parece influenciar na adesão às atividades educativas. Os enfermeiros percebem necessidade em variar os modos de como realizar a educação em saúde, para evitar que a invariabilidade na execução das ações desmotive a participação do idoso portador de HAS.

[...] Pra eles tá vindo ali você tem que tá sempre mudando, fazendo coisas diferentes, a rotina eu acho que deixa eles assim, desgostosos de participar [...] variar, né (as intervenções). E2

A educação em saúde é um espaço para orientar sobre temas com interface com a HAS. Segundo os entrevistados parece que os idosos têm interesse em aprender sobre práticas

de saúde para além das que se limitam a sua condição de saúde. Ao tratar de outros temas de saúde, as ações de educação em saúde têm possibilitado maior aderência.

[...] hoje a gente procura falar de vários assuntos diferentes, não só da hipertensão. E com isso a gente vem percebendo uma adesão importante em nosso grupo terapêutico, em nosso grupo operativo um número significativo. Antes eram, vamos supor cinco pessoas por reuniões, no máximo, hoje já chegou a trinta e cinco, quarenta que não coube na sala, [...] E11

[...] uma vez eu fiz sobre o poder da água, também, tem muito pouca água. A questão da água da zona rural que é pouco tratada. Lá toma muita água de serra. E eu oriento eles como é para fazer também. Porque eu tive um surto lá de, de diarreia. Em criança, idoso, hipertenso, todo mundo teve esse surto e era por causa da água. Estava sem chover muito tempo e água estava muito ruizinha. Então todos esses temas eu abordo [...] E10

Mesmo com espaço aberto para o idoso opinar sobre as ações de educação em saúde a serem realizadas, os temas alimentação saudável e atividade física parecem compreender a maior parte dessas ações.

[...] Como a gente tem muita frequência dessas reuniões, a gente procura trabalhar as questões que estão mais relacionadas à prevenção de agravos, né, então a gente prioriza esses assuntos da alimentação, questões emocionais que a gente sabe que vai repercutir na saúde desses hipertensos, alimentação, importância da atividade física, [...] a gente foca nas questões que vão interferir na saúde deles, dar preferência a estas questões. E4

[...] gosto muito de fazer palestras pra eles, direcionada, sobre alimentação saudável, até sobre relacionamento mesmo, com seu esposo [...] eu trabalho muito nisso. [...] E10

Observa-se pelo conjunto da fala dos enfermeiros que a educação em saúde aparece como influenciadora da construção da autonomia do idoso portador de HAS, sendo que nesse processo a comunicação assertiva é importante considerando-se as características dos sujeitos. Novamente, o atendimento em demanda programada, ou seja, do atendimento com agendamento de consultas, aparece como elemento de importância para atendimento integral devido a oportunidade do acompanhamento longitudinal, claro, sem menosprezar que também é importante atender a demanda espontânea que chega à Unidade de Saúde.

Há, por parte dos enfermeiros, a percepção da efetividade das ações de educação em saúde quando se verifica maior participação dos idosos portadores de HAS nas ações realizadas e pela melhora do estado de saúde dos mesmos. Porém, reforça-se a necessidade de os profissionais atentarem para as necessidades de saúde reais, do contexto do dia-a-dia destes idosos para a melhoria do processo de adesão.

Abordar temas de interface à HAS é uma sugestão para despertar o interesse dos usuários pelo autocuidado, além de valorizar o sujeito, como agente ativo e como parte de um contexto, o qual seu estado de saúde influencia e é influenciado. Essa estratégia parece melhor adequada à ideia de atendimento para o cuidado integral e integrado.

4.4.2 As tecnologias a favor do usuário na educação em saúde

Conforme sinaliza Rocha *et al.* (2008) a tecnologia permeia o processo de trabalho em saúde, de forma que contribui na construção do conhecimento nesta área. A tecnologia se faz presente no momento da concepção da ideia, na elaboração e na implementação do conhecimento produzido, dessa maneira, a tecnologia é também resultado da construção do que ela originou, ela é, neste sentido, processo e produto.

Merhy e Chakkour (1997) afirmam que as tecnologias incorporadas ao cuidado em saúde podem ser classificadas em leves, leve-duras e duras. São leves quando utilizam como recurso para prestar o cuidado, as relações pelo acolhimento, vínculo e atenção integral para gerenciar as ações de saúde, são leve-duras quando sustentadas por saberes bem estruturados, organizados pelo processo cognitivo, e são duras quando se trata do uso de equipamentos tecnológicos, ou seja, apresentam a materialização de outras tecnologias em equipamentos, normas ou rotinas produzidas para prestar o cuidado.

Não é possível determinar hierarquicamente o nível de importância de cada tipo de tecnologia, pois é a necessidade de saúde de cada usuário que irá determinar a tecnologia mais efetiva para o caso, em um momento singular; também não é correto pensar que tecnologias duras são mais complexas que as leves, pois a complexidade também é determinada em função da necessidade apresentada pelo paciente (CAMPOS, 1992, CECÍLIO, 2009). Isso nos remete a ideia de que por vezes orientar o paciente para adesão ao tratamento da HAS e facilitar a adesão por meio da utilização mais intensiva das tecnologias leves e leve-duras, seja tão ou mais complexo que o uso de tecnologias duras.

A partir de outra compreensão de tecnologias, Lorenzetti *et al.* (2012, p. 436) afirmam que na atenção à saúde, as tecnologias compreendem os “medicamentos, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais”, meios pelos quais os profissionais de saúde prestam cuidados aos usuários.

Desta forma, a partir desse conjunto de considerações acerca de tecnologia em saúde, é possível perceber que o conceito de tecnologia nessa área vai além de algo concreto, material ou produto palpável, mas sim, é resultado de um trabalho que envolve ações abstratas ou concretas com a intencionalidade de cuidar da saúde (ROCHA *et al.*, 2008).

A tecnologia necessária para atender o usuário depende do momento em que sua necessidade surge. Em algumas circunstâncias ela pode se expressar no âmbito da UBS ou em pontos de atendimento mais complexos de uma rede de serviços, isso porque, às vezes, os

usuários precisam consumir tecnologias mais duras, consideradas mais densas, disponíveis em estabelecimentos de referência, já em outros momentos, a participação em um grupo de portadores de HAS, por exemplo, pode ser a melhor tecnologia para atender a necessidade de saúde existente e garantir integralidade no cuidado (MERHY, 1997, CECÍLIO, 2009).

O uso de vídeos educativos apareceu como uma estratégia usada pelos enfermeiros durante as ações de educação em saúde.

[...] Eu salvei um monte de vídeo né, no meu pendrive e fica só de passar, pegar a demanda espontânea. A maioria deles são hipertensos. [...] deixo também os vídeos lá, enquanto eu estou atendendo os vídeos ficam rodando. E10

A utilização de vídeos educativos pode ser uma boa estratégia para tentar fugir dos formatos mais utilizados de sempre haver somente a fala do enfermeiro ou médico, sem a mediação de outras possibilidades, correndo-se o risco de tornar a atividade maçante e não motivadora para o usuário.

A forma, porém, como os vídeos são utilizados precisa ser repensada, pois somente exibir vídeos no aparelho de televisão da recepção da Unidade de Saúde para distrair o idoso enquanto a equipe se dedica a outra atividade, pode não ser interessante quando se pensa nas características dos usuários. Boa parte dos idosos tem dificuldade de entendimento quanto às informações e estas precisam ser discutidas para que façam sentido ao usuário; outros não apresentam boa acuidade visual e/ou são portadores de deficiência auditiva, situações que podem tornar essa estratégia não adequada de ser usada sem a presença do enfermeiro ou outro profissional de saúde.

Nas ações de educação em saúde os enfermeiros são norteados por linhas guias⁹ e usam a *internet* para atualização do material a ser utilizado nas ações junto aos usuários. Há disponíveis recursos didáticos como projetor de imagens, televisão, *pendrive* e outros materiais necessários para a realização da educação em saúde que são ofertados pela SMS conforme a necessidade e solicitação do profissional.

[...] eles (SMS) disponibiliza material quando a gente faz palestras, grupo operativo para hipertensos que a gente tem todo mês né, o grupo operativo com os hipertensos e diabéticos e doenças crônicas. E aí eles disponibilizam material que a gente precisar, sempre que a gente solicita tem o retorno. E3

[...] O que a gente mais utiliza, nós temos as linhas guia, que norteiam muito as nossas condutas, tem internet que eu acho que ajuda muito, tem Datashow na nossa unidade que a gente utiliza pra fazer as palestras, a gente tem muito recurso pra fazer, sabe? [...] E4

⁹Linhas-guia são conteúdos editados com o objetivo de determinar, normalizar, padronizar ou regular ações ou procedimentos no cuidado em saúde. As linhas-guia são base para sistematizar, organizar os serviços, são um meio para racionalizar os recursos e otimizar o trabalho, de forma que mantenha ou melhore a qualidade dos serviços prestados (ESPÍRITO SANTO, 2008).

[...] para aproveitar a televisão, eu peguei o meu pendrive, salvo no pendrive e coloco lá. [...] E10

Os espaços de realização da educação em saúde, nas UBS, são usados como possibilidades para que se dê a divulgação das ações futuras a serem realizadas pelos enfermeiros e outros profissionais do serviço.

Através das próprias reuniões a gente já informa, tenta informar o próximo tema ou a gente já comunica para eles “Estava pensando no próximo tema, a gente vai falar sobre tal tema na próxima reunião”[...] E11

[...] e também a gente deixa no quadro de avisos um cartaz em um tamanho bom para que eles possam saber que dia que é. E8

Ainda, os espaços das visitas realizadas pelos ACS são também importantes para esta finalidade, dado que estes informam periodicamente os usuários fazendo convite para as ações durante as visitas domiciliares; estes são espaços onde mais intensamente são utilizadas as tecnologias leves no trabalho do ACS.

[...] então a gente utiliza os próprios grupos também para estar avisando, né, vai ter um evento, vai ter uma palestra tal dia, né, e os agentes comunitários ajudam, [...] então eles levam um convite pra esses idosos hipertensos [...]. Aqui também na sala de recepção a gente divulga muito, já aconteceu de eu vir aqui, pegar os idosos que estão aqui pra levar pra palestra, a recepcionista ir chamando na hora da consulta de cada um [...]. E4

Os ambientes comunitários como a igreja, centro comunitário são ainda espaços de divulgação das ações das equipes da zona rural, é citado o ACS como responsável por divulgar aos idosos portadores de HAS as ações programadas. Já na área urbana esta divulgação também é feita pelo profissional médico durante a consulta, que acaba sendo um importante espaço também para divulgação das ações.

É, a maior fonte de, de comunicação (das ações programadas aos idosos) nesse caso é o agente de saúde né. Ele passa convidando, é, é aqui na cidade é feito também o convite nas consultas médicas, pela médica [...]. Na zona rural eles comunicam na igreja, eles falam na igreja, é, na associação também né, eu peço pra, pra avisar, então lá a gente tem um contato maior. É sempre convidado na igreja, nas igrejas e na associação, agora aqui na cidade é mais pelos agentes de saúde mesmo. Eles passam na casa convidando e quando tem a reunião a gente já, normalmente, já deixa a data pro próximo, mas os agentes de saúde, eles convidam [...] E1

O reconhecimento da consulta médica como espaço importante para divulgação das ações pode está relacionado à cultura de forte valorização e influência do médico sobre os usuários, principalmente sobre os idosos.

O uso de diferentes cenários para divulgação das ações aos idosos na zona rural pode está relacionado com a facilidade de atingir um maior quantitativo de pessoas e a informação se propagar com maior rapidez, visto que na zona rural é comum as residências se situarem geograficamente distantes umas das outras.

Os formatos adotados para divulgação, realização e avaliação das ações de educação em saúde parecem dominados pelo uso de tecnologia leve.

Quanto à realização da educação em saúde, apesar de os idosos portadores de HAS parecerem pouco ativos, em relação à participação, quando comparados a outros grupos de educação em saúde, por exemplo, de gestantes, [...] *olha para você ver a diferença, grupos de gestantes, que é feito todo mês, elas escolhem todo mês o tema que elas querem, já eles dificilmente eles falam* [...] E3, há relatos de que os idosos, em alguns momentos se expressam, dão sugestões, relatam dúvidas, experiências e dificuldades enfrentadas no tratamento da HAS.

[...] eles participam também né, eles perguntam, tira alguma dúvida, às vezes um fala né, “olha eu faço isso, na minha casa eu faço isso, me falaram que isso é bom”
[...] E7

[...] normalmente, quando a gente tem essas reuniões, essas discussões com os usuários, ao término das reuniões a gente abre espaço pra questionamentos, pra sugestões e também pra avaliações, a partir daí os próprios usuários falam que gostou, se gostaram ou não do tema, tiram suas dúvidas, esclarecem sobre suas dificuldades [...] E11

Outro aspecto importante que é apontado pelos enfermeiros, no desenvolvimento das ações de educação em saúde, é que são realizadas avaliações para verificar a percepção dos idosos portadores de HAS em relação à aprendizagem sobre o tema trabalhado, a satisfação e os resultados da abordagem.

A gente sempre escuta, depois da reunião, pergunta o que eles acham, se está certo, se está funcionando dessa forma, [...] E3

Na própria reunião aqui eles falam, né. O pessoal reclama que não gostou da palestra, ou fala que foi muito bom, ah, fala que a do mês passado foi boa e que essa também foi. Tanto é, os próprios pacientes não mentem, se gostou ou não. Se foi importante ou não. Se foi esclarecedor. E5

[...] sempre ao final do grupo a gente tem um momento que a gente dá a oportunidade dos pacientes relatarem né, eles falam um pouquinho aquilo que nós falamos pra ele, pra ver se eles conseguiram absorver o que a gente tá falando [...] E6

A avaliação também é feita por inferência, os enfermeiros entendem que se os idosos são frequentes é porque reconhecem a necessidade da educação em saúde.

[...] a gente utiliza mais essa questão, se está tendo resultado ou não, se o pessoal está comparecendo às reuniões ou não. A gente avalia assim, se o pessoal está comparecendo à reunião, de certa forma tá agradando a reunião, tá tendo certa influência na vida daquele usuário, né. [...] E11

Oportunamente os idosos portadores de HAS, que apresentam alguma demanda ou queixa, são atendidos logo após a finalização das ações de educação em saúde, indicando a disponibilidade dos profissionais da Unidade de Saúde para acolher o idoso em seus problemas e necessidades.

[...] quando acaba a reunião aqueles pacientes que tem algumas queixas, está tendo algumas dificuldades [...] nos procuram, sentam com a gente e já explica, expõe a situação que eles tão apresentando, e a partir do momento que a gente ouve essas situações, a gente já vê se precisa de um agendamento, uma consulta de uma verificação de exames realizados [...]. E11

A utilização adequada de distintas tecnologias conforme as necessidades apresentadas pelos idosos portadores de HAS em determinado momento e a possibilidade de acesso a estas tecnologias, facilitam a participação dos idosos nas ações realizadas, à informação correta e a profissionais qualificados.

Contudo, a prática precisa ser moderada quanto ao uso das tecnologias, especialmente as duras na AB, seu uso precisa ser orientado no sentido de trazer o usuário para mais perto da equipe, visto que um dos atributos desse nível de atenção é a vinculação do usuário à equipe de saúde. Dessa forma, o uso das tecnologias duras, disponíveis na AB, não podem de maneira alguma perder de vista a ideia de prestar um cuidado integral e não deixar que o uso de máquinas e outros recursos dessas tecnologias mais duras substituam o contato e as relações humanas que são essenciais em todo nível de atenção, mas essencial na AB em função de necessidade de acompanhamento longitudinal, integral e estabelecimento de vínculo.

Esse argumento é reforçado por Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) ao afirmarem que a prática precisa ser moderada visto que na AB têm-se usuários que apresentam problemas complexos e que necessitam de menor densidade tecnológica para resolvê-las (não precisam necessariamente de tecnologias duras), mas que a resolução pode ser mediada pela utilização da comunicação e da escuta cuidadosa.

Nesse item há vestígios da formação de uma rede, onde integram além dos serviços de saúde, instâncias comunitárias para a divulgação das ações de educação em saúde. Há também a impressão de que participar das ações realizadas tem-se melhor acesso aos profissionais e acompanhamento pelos enfermeiros. As tecnologias leves são intensamente usadas no processo da elaboração da educação em saúde até a avaliação da ação.

4.4.3 Os problemas e possibilidades da adesão dos idosos portadores de HAS

Embora haja, por parte dos enfermeiros, a fala de que há um crescente número de idosos portadores de HAS em grupos de educação em saúde, tem-se também a indicação de que há pouca variação dos idosos frequentes nas ações realizadas, ou seja, aqueles que participam das atividades são, em grande parte das vezes, os mesmos idosos. Esse

comportamento dos idosos representa uma dificuldade de disseminar conhecimentos por meio da educação em saúde para essa população.

[...] o que a gente percebe que a maioria das reuniões, dos grupos, das palestras que a gente organiza, muitas vezes veem [...] a maioria das vezes são os mesmos usuários, entendeu, são os mesmos usuários, isso acaba sendo uma dificuldade de trabalho [...] E11

Na fala dos enfermeiros apareceram possíveis explicações para este quadro de baixa adesão dos idosos portadores de HAS às ações de educação em saúde realizadas em grupos. Entre os relatos observou-se suspeição quanto à comunicação feita pelo ACS, a dificuldade pelo horário de realização das ações, porém mudanças de horário não impactaram em melhor adesão às ações de educação em saúde em grupos.

Não tinha adesão do público. Agora, não sabia se era por falta dos agentes de saúde comunicarem ou se é porque não queriam vir mesmo. Eu até mudei de horário, que eu fazia a tarde. Era mais quente fazer a tarde, aí mudei pra manhã que era um horário mais fresco, mas mesmo assim, geralmente os que vinham sempre eram os mesmos. Então, assim, às vezes, eles não aceitavam muito esse grupo operativo [...] E5

[...] Eu não sei se porque eles não querem aceitar o serviço, eu não sei se porque a família dificulta vim né, se eles precisam de alguma ajuda, ou se talvez seja o ACS que não né, não esteja chamando mesmo né, assim, incentivando mesmo, mas porque eles são a minoria que participa [...] E7

O gênero também parece influenciar na baixa adesão às ações, visto que ainda há menor presença dos homens nas ações de educação em saúde e que as mulheres parecem se constranger ao participar de ações conjuntas.

[...] já está tendo essa adesão, os nossos grupos, a gente já começa a ter homens [...] mas as mulheres já ficam mais assim, algumas ficam sem querer ir porque tem homem, né? Tudo é essa questão aí. E4

A repetitividade de temas trabalhados nas ações de educação em saúde e os métodos de trabalho também emergiram nos discursos dos enfermeiros como fatores que podem justificar a baixa adesão as essas ações.

[...] Na questão de percentual, assim, de números, eu acredito que seja por questões de repetitividade, de reuniões sempre com o mesmo tema, sempre falando as mesmas coisas, [...] não buscava alternativas melhores, novidades pra tentar cativar ao máximo a adesão desses usuários [...] E11

Apesar de os profissionais de saúde se esforçarem para o idoso portador de HAS cumprir o tratamento proposto, deparam-se com situações de resistência do próprio usuário quanto à terapêutica indicada. Mesmo com algum conhecimento sobre sua condição de saúde, muitos dos usuários idosos portadores de HAS não fazem uso dos medicamentos, não melhoram a dieta, tampouco abandonam o sedentarismo. Os resistentes aos tratamentos também parecem ignorar as ações de educação em saúde.

[...] só que tem alguns que tem uma resistência, que são aqueles pacientes que não querem aderir, não é por falta de orientação, não é por falta de empenho da equipe, mas porque realmente eles são resistentes ao tratamento, então não tomam o remédio, gostam da comidinha mais salgada, uma comidinha mais chegada na gordura, eu tenho pacientes sedentários e não quer deixar de ser sedentário, mas sabe que prejudica o tratamento dele. E8

[...] alguns não, não aderem às reuniões, não tem intenção de vir, outros falam que não tem tempo de vir, outros falam que não precisam disso, então tem toda aquela dificuldade que é encontrada em todo lugar, entendeu. [...] E11

Os enfermeiros apontam que o serviço de saúde conta com uma rede de apoio para tratamento daqueles idosos que não conseguem manter a PA sob controle. Para isso dispõem de serviços de especialistas, entre eles médicos cardiologistas no CEAE: [...] lá (Centro Viva Vida) eles atendem com mais especializações, né, tanto cardiologias, né, que já são específicos para trabalhar com o hipertenso. E10

A avaliação da adesão aos processos terapêuticos para a HAS acontece durante ou após as ações de educação em saúde e, esporadicamente, no momento da consulta de enfermagem. A falta de avaliação da adesão aos tratamentos pode fragilizar o cuidado ofertado ao idoso.

[...] Só durante assim, os grupos esporadicamente a gente pergunta, durante a consulta [...] E2

[...] é através da consulta de enfermagem a gente consegue avaliar esse paciente [...] E8

[...] é nessa comunicação mesmo que a gente faz no final (do grupo operativo), conversa ou então quando tem hipertenso aqui, que igual eu falei, chamo na minha sala e converso, aí tem como eu saber. [...] E9

Entre os idosos portadores de HAS aderentes aos tratamentos, verificou-se nos relatos dos enfermeiros entrevistados, adoção de cuidados do tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Para auxiliar os idosos utilizarem o medicamento corretamente tem-se adotado separar os medicamentos em frascos devido à dificuldade de leitura e o controle na distribuição, feito pelo enfermeiro na zona rural.

[...] A gente utiliza separação das medicações, porque alguns têm dificuldade de leitura, então a gente utiliza essa separação das medicações [...] E4

[...] Na zona rural nós levamos a caixa de medicamentos, então assim, quem entrega os remédios sou eu, [...] como entrega os remédios de 30 em 30 dias, [...] se eu entreguei dia dez e vem pegar antes, uai, mas ainda não tá no dia, cadê os outros remédios. Então assim, de uma certa forma né, é uma forma de tá questionando eles com em relação né, aos medicamentos, se estão tomando, se estão tomando certo ou não, porque às vezes tem um ou outro hipertenso que toma três, quatro remédios (diferentes tipos) e aí acaba misturando, né a gente faz de tudo, orienta né, mais é uma forma tá questionando com relação é na entrega. [...] E1

O tratamento medicamentoso é monitorado com maior facilidade quando o idoso reside em zona rural, pois os medicamentos são dispensados pelo enfermeiro, que faz o controle conforme da quantidade entregue a cada mês. Por meio desse controle são liberados

medicamentos de forma a se ter noção se os medicamentos estão sendo consumidos dentro de um período de tempo que é previsto.

[...] a gente só entrega o medicamento quando falta dois ou três para a gente poder ter a contagem correta para ver se realmente está tomando aquele medicamento certo [...] E8

[...] eu faço a entrega da medicação na zona rural, a gente leva o medicamento, a gente entrega lá, com receita, é claro, mas aí fica uma coisa mais fácil pra gente poder orientá-los como tomar. E10

O momento da dispensação do medicamento é também uma oportunidade onde o enfermeiro realiza avaliação breve dos idosos portadores de HAS.

[...] eu tenho esse contato direto com eles, porque eu que faço a entrega dos medicamentos, então, é fácil, que eu vou olhar como eles estão tomando a medicação, já pergunto como eles estão se sentindo [...] E10

Existem características dos idosos, tais como escolaridade, senilidade, que podem ser dificultadoras para uso correto das medicações prescritas, para tentar amenizar essas situações tem-se adotado a separação de medicamentos em potes conforme a prescrição com identificação conforme o horário de uso e posologia.

[...] já estou até implantando aos poucos para eles, é a questão de separar as medicações [...] eu peço eles, eles até trazem para mim os potinhos, né, de maionese, o que tiver em casa, aí eu coloco quantos tomam, eu pinto, eu coloco um solzinho, uma luazinha se for a noite. Se é meio comprimido, muitos deles não sabem nem ler. Então o que eu faço, eu parto no meio, alguma coisinha, para saber que é meio, que é um inteiro [...] e eles entendem [...] E10

Em relação ao tratamento não medicamentoso, segundo os enfermeiros, esta é uma modalidade de tratamento de difícil controle. Para alguns idosos, a idade não parece ser um fator impeditivo para realização de atividade física, os idosos aderentes realizam caminhada em grupo, porém a alimentação saudável é uma dificuldade do tratamento.

[...] a adesão ao grupo de caminhada é muito bacana, eles gostam demais, [...] eu vejo que mudou muito, né, assim, a gente faz os grupos de caminhada, eles já aderem mais, eles participam, [...] é difícil controlar essa questão da alimentação, então assim alguns ainda tem essas dificuldades né [...] E4

[...] Normalmente o que eles relatam que é caminhada, mas um controle sobre isso não tem como não. E7

No entanto, os enfermeiros observam que esta mesma variável, a idade, impede que outros idosos portadores de HAS realizem atividade física. Essa situação parece ser comum entre aqueles idosos em idade mais avançada: *[...] Atividade física tem uns que não tem condições, né, pela idade, mas a maioria é isso mesmo (realiza). E5*

Parece que os idosos em idade mais avançada têm limitações funcionais, como de mobilidade, quanto a isso, Tavares *et al.* (2013b) realizaram um estudo com idosos onde observaram que a baixa adesão aos tratamentos da HAS é relacionada à incapacidade

funcional de realizar atividades básicas da rotina do idoso. Essa informação evidencia a necessidade de ações para prevenir ou retardar a instalação da incapacidade funcional, ações que sejam implementadas para melhorar a autonomia do idoso com o cuidado com sua saúde.

Brito, Menezes e Olinda (2016), porém, afirmam que preservar a capacidade funcional de idosos representa um desafio de grandes proporções para a saúde pública, por isso é necessário que as políticas públicas já existentes sejam operacionalizadas de forma satisfatória para intervir de maneira eficaz sobre a incapacidade funcional.

Como forma de auxiliar o tratamento não medicamentoso, os enfermeiros orientam os idosos portadores de HAS a pedalar e/ou caminhar em grupo pela comunidade, usando sapatos adequados e evitar o uso de carro ou moto para deslocamentos de curta distância. Toda forma de atividade física é considerada importante para controle da PA.

[...] Eu oriento eles para juntar mais duas pessoas e caminhar ali mesmo na comunidade e não usar carro e moto né, [...] usar a bicicleta quando puder né, para deslocar de um lugar para o outro. [...] falo com eles, a caminhada da casa deles até o posto, já é importante, para voltar é importante, usar também, sapatos confortáveis, né para não machucar o pé. [...] E10

Os idosos portadores de HAS também são orientados quanto à importância de interagir com outras pessoas da comunidade como forma de melhorar o controle da PA. O diálogo entre os idosos pode facilitar a troca de experiências sobre o tratamento, interação e relaxamento que por ventura pode reduzir a PA: *[...] sair, conversar, dialogar, né, ir no vizinho, isso também ajuda até na questão da diminuição da pressão também. E10*

Os enfermeiros percebem necessidade de incentivo, por parte dos médicos, para o tratamento não medicamentoso. Parece que há uma valorização do tratamento medicamentoso na conduta médica.

[...] Não é só passar remédio, remédio, remédio, eles (médicos) têm que orientar também que tem outras formas de melhorar sem ser só medicamentoso. Medicamento é importante, mas começar de início, eles (idosos) têm que manter um estilo de vida, eu acho que é o mais importante, mudança de estilo de vida mesmo. E10

Os métodos de educação em saúde precisam ser repensados para atrair e melhorar a adesão dos idosos às ações, da mesma forma a articulação entre enfermeiros e médicos precisa ser repensada para oferecer orientação de cuidados sob uma mesma ótica de tratamento conforme a necessidade de cada caso. Para haver integralidade nessas ações é preciso compromisso por parte dos profissionais que compõem a equipe e atenção às especificidades da população de cada UBS.

4.4.4 A estratificação de risco: instrumento para identificação de vulnerabilidades, priorização e acompanhamento

Nos discursos dos enfermeiros percebeu-se a implementação, recente, da estratificação de risco do idoso portador de HAS.

*[...] Nós estamos fazendo um trabalho de uns, se eu não me engano, uns quatro meses para cá que é a estratificação dos hipertensos né [...]*E3

Mas não tem de todos, tá no processo ainda, né. [...] E2

A estratificação de risco parece que tem melhorado o estabelecimento de vínculo entre os idosos portadores de HAS com a equipe.

[...] que eu achei muito interessante (estratificação de risco) e facilitou muito o contato da gente com os nossos pacientes hipertensos [...] E3

Apesar de ser uma atividade inicial, os enfermeiros acreditam que a partir da estratificação de risco e do acompanhamento do tratamento, conforme a classificação é possível fazer prevenção de agravos decorrentes da HAS.

[...] a partir do momento que a gente tiver todos os hipertensos classificados, sendo atendido de acordo com o risco de cada um, né, e eles aderindo aos grupos de caminhada, fazendo controle da dieta, fazendo acompanhamento desses níveis pressóricos, a gente tem como evitar complicações, prevenir, né, agravos. E4

A partir da classificação de risco do idoso portador de HAS será possível planejar o atendimento de acordo com o risco e a vulnerabilidade identificada. A proposta da estratificação parece pretender organizar o acesso ao serviço de saúde, visto que a estratificação influenciará na frequência do acompanhamento individual.

[...] quando você classifica, de acordo com a gravidade deste paciente, ele vai ter consultas mais regulares, consultas mais afastadas uma da outra, por isso é efetiva essa ação, né, e quando você consulta, por exemplo, o paciente que ele é hipertenso, que ele é cardiopata, que é tabagista, ele é um hipertenso de risco, então ele precisa ter um acompanhamento com maior frequência, né? Precisa fazer mais exames, precisa ver com mais regularidade como está a saúde dele, assim a gente consegue prevenir [...] a partir do momento que a gente conseguir fazer essa sistematização e efetivar mesmo, então eu vou conseguir ter um trabalho melhor, [...] de acordo com a classificação, a gente coloca fichinha no mês que esse paciente tem que voltar. E4

Eu acredito que sim, porque através da estratificação a gente consegue ter uma visão melhor né, do grau de risco e a gente consegue orientar melhor os pacientes. Orientações mais específicas né. Específicas de acordo com o risco né. E6

[...] dependendo dessa classificação de risco que vai ser as consultas, baixo, a gente coloca consultas de seis em seis meses. Médio, a gente coloca consultas de três em três, e alto a consulta é mensal para o paciente poder estabilizar essa pressão arterial. E8

Conforme Lima, Gaia e Ferreira (2012) haver regularidade no acompanhamento de usuários portadores de condições crônicas de saúde, pela equipe de saúde da ESF, é

importante, no entanto é importante também seguir um fluxo de acompanhamento conforme a gravidade da situação de cada usuário.

Para os idosos portadores de HAS classificados como de alto risco ou em estado de saúde mais prejudicado, espera-se que tenham acompanhamento mais rigoroso em relação aos demais.

[...] e aí a gente tenta os mais graves, fazer o acompanhamento todo mês, [...] Os casos mais, que não são tão graves, a gente vai de dois em dois, de três em três meses, vai estratificando. E3

[...] esses de alto risco eu vou cobrar bastante, entendeu. São os que eu vou me preocupar mais, entendeu. De alto risco eu vou me preocupar mais, [...] E11

A priorização de visita domiciliar aos idosos de alto risco, por exemplo, é um indicativo de organização do acompanhamento conforme a necessidade identificada.

[...] a gente só vai (visita domiciliar) mesmo na pessoa com risco médio a alto risco, de médio risco é mais difícil. [...] a maioria das vezes as visitas (enfermeira e médico), são pra quem tem muita prioridade [...] E10

Apesar de ser uma atividade em estágio inicial, a estratificação de risco atualmente já é realizada tão logo é realizado o diagnóstico da HAS. Pelos relatos já apresentados, a estratificação, parece ser uma atividade que atende a todos os portadores de HAS e não apenas ao idoso.

[...] a estratificação, ela é realizada quando esse paciente já descobre que [...] é hipertenso. Quando o médico descobre que ele é hipertenso a estratificação já é realizada, se ele é de risco né, grande, médio, então já é realizado. E9

A estratificação de risco parece ser realizada mais frequentemente pelo médico da equipe, ficando a cargo do enfermeiro o controle e acompanhamento dos idosos portadores de HAS estratificados e, nesse sentido, há comunicação frequente entre enfermeiro e médico.

[...] o médico que se encontra nessa Unidade Básica de Saúde, ele também pega muito no pé dos hipertensos e diabéticos, então geralmente quando já entra no consultório ele (médico) já faz essa classificação de risco né, desse paciente. Então ele já conversa, já passa, já informa o quê que é essa classificação, então ele também, passa pra mim, imediatamente ele já conversa comigo sobre essa pessoa, sobre esse hipertenso né, como que ele tá andando. E9

[...] como agora a gente tá fazendo estratificação, né, dos hipertensos e diabéticos, [...] o médico faz e eu tenho que acompanhar, então muitas vezes eu marco com eles o retorno, naqueles que tem um problema, mais problemas, né, problemas associados, a gente já marca, marca já o retorno. [...] E10

A fala de E10 corrobora o trabalho do enfermeiro no acompanhamento da atividade de estratificação de risco feita pelo médico, embora seja uma atividade prevista também para que o enfermeiro da equipe realize.

O controle dos idosos portadores de HAS que realizaram a estratificação de risco é feita com uso de planilhas, desenvolvidas pelos enfermeiros, onde contêm dados do idoso, exames realizados e a classificação de acordo o escore de Framingham¹⁰.

[...] nós criamos uma, uma planilhazinha né de retorno, de controle né, de retorno deles, dos exames que foram feito, e, e nós temos essa planilhazinha que a gente, nós vamos avaliando pra vê se eles estão retornando, pra vê como é que tá os exames [...] E1

[...] a gente faz a classificação de risco nesses hipertensos, existe um controle, nós temos uma pasta, que a gente usa a escala Framingham, de, pra fazer a classificação de risco desses hipertensos [...] E4

[...] eu tenho nomes, porque a gente tem uma tabela, [...] tem uma tabela aqui com o número, endereço, área, idade, exames laboratoriais, entendeu? E aí já tá definido se ele é de alto risco [...] E11

Como presente nas falas dos enfermeiros, estes se utilizam de instrumentos (planilhas) que podem auxiliar a aplicação de escores específicos e permitir o acompanhamento e a definição de estratégias de cuidado dos idosos portadores de HAS.

Sousa *et al.* (2016) recomendam o uso da estratificação de risco com o uso do Escore de Framingham como rotina das equipes de saúde para melhorar a qualificação da assistência aos pacientes portadores de condições crônicas de saúde, em especial a HAS. Na visão de Lotufo (2008) os escores de risco são úteis em práticas de prevenção de doenças cardiovasculares, contudo é preciso considerar o contexto clínico e epidemiológico. Ressalta-se que apesar de bastante difundido, o Escore de Framingham não foi validado para a população brasileira, embora seja recomendado nos documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c).

A possibilidade de se estimar o risco absoluto pelo Escore de Framingham, para dez anos, permite que ações preventivas, de promoção da saúde sejam implementadas na AB, para isso, é importante conscientizar a população sobre a importância de realizar acompanhamento regular do estado de saúde junto aos profissionais da equipe de saúde da ESF (JÚNIOR FREITAS *et al.*, 2017).

¹⁰O Escore Framingham foi elaborado a partir de amplo estudo populacional longitudinal, desenvolvido por pesquisadores norte-americanos, atualmente é amplamente usado em todo o mundo na estratificação de risco cardiovascular (LARRÉ; ALMEIDA, 2014). O escore se baseia em pontuar com valores positivos e negativos as variáveis: idade, pressão arterial, lipoproteína de alta densidade (HDL) colesterol, lipoproteína de baixa densidade (LDL) colesterol, tabagismo e diabetes. Os escores obtidos correspondem a um percentual da probabilidade de ocorrência de um evento cardiovascular. O Escore classifica o indivíduo como de baixo risco (<10%), risco moderado (10 a 20%) e alto risco (>20%) para eventos cardiovasculares em 10 anos (BRASIL, 2006c).

Pode-se verificar que a estratificação de risco é vista como uma ferramenta importante, pelos enfermeiros, para o desenvolvimento de seu trabalho no acompanhamento dos idosos.

A estratificação de risco é apontada como um instrumento importante para organizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, por meio dela é possível prestar cuidados conforme as necessidades de saúde de cada usuário identificando aqueles idosos portadores de HAS com maior vulnerabilidade, além de permitir o planejamento de ações incluindo a realização de atividades coletivas por grupo de risco. Ainda, o processo de estratificação/classificação de risco favorece a ampliação do vínculo entre o usuário e o enfermeiro, assim como a comunicação com o médico, possibilitando ampliar as possibilidades da operacionalização do princípio da integralidade da atenção.

4.4.5 As visitas domiciliares, as ferramentas e a busca de indicadores de adesão

Os profissionais de saúde precisam estar dotados de meios para verificar a adesão aos tratamentos da HAS, nesse sentido o envolvimento do ACS, a visita domiciliar e a ausência de manifestações clínicas para certificar o cumprimento do tratamento, são elementos citados pelos enfermeiros como de importância para o acompanhamento dos idosos.

O acompanhamento feito pelo ACS é importante por ajudar o idoso no controle do uso dos medicamentos, mensurar a PA e levar as informações ao enfermeiro para avaliar a necessidade de visita domiciliar.

É, é mais pela ajuda dos agentes de saúde né, porque eu sempre, peço pra eles né, pra eles dá uma atenção maior pros hipertensos, pra tá perguntando, se está tomando os remédios, conferindo né, a sacolinha, como aqui a medicação é de 30 em 30 dias que entrega, na receita a gente coloca o dia que entregou e aí ele tem que retornar pra pegar né. Aí o agente de saúde né, afere a pressão, pra ver se a pressão tá controlada, né, normalmente quem tá controlado, tá tomando os remédios e a gente pede pra eles tá conferindo o remédio lá. [...] E1

Normalmente quem percebe mais isso aí (controle da adesão) são os agentes de saúde, que eles têm maior vínculo com a família, tem maior afinidade, tem que está mais presente no dia a dia [...] os agentes de saúde que chegam para a gente e comunicam “Tal senhor eu acho que não está fazendo uso adequado da medicação, [...] a PA dele está elevando durante a semana”. “Eu acho que não está tomando medicamento direito”, ou às vezes alguém está que fazendo uso de bebida alcoólica, larga o medicamento naquele período. [...] a partir daí eles passam essas informações pra gente, pra ver a necessidade da visita domiciliar ou não. E11

Neste sentido, a visita domiciliar é um espaço para o acompanhamento do idoso portador de HAS e verificação ou controle da adesão aos tratamentos propostos: [...] só por esse meio, durante as visitas, né, lá a agente dá (recebe) esse retorno, mas. E2

Segundo os enfermeiros, há idosos portadores de HAS que demonstram preocupação com o controle da pressão e cobram que o ACS verifique a PA regularmente durante a visita domiciliar.

[...] até mesmo que exige, né, por exemplo, agente de saúde vai na casa aferindo (PA) direitinho, né, tens uns que querem que vai de manhã e a tarde. [...] quando o agente de saúde não passava já vinham, reclamavam. [...] Então, assim, é uma população bem preocupada. E5

Encontra-se presente na fala dos enfermeiros, a preocupação em conseguirem operar instrumentos funcionais que os levem a identificar a adesão dos idosos ao tratamento e, neste sentido, o usuário ativo, que manifesta interesse e preocupação em relação ao tratamento é considerado como um indicador de possível forma de controle da adesão aos tratamentos. Possivelmente esses idosos buscam mais a Unidade de Saúde para o controle da HAS.

[...] que esse paciente que preocupa e procura, então com certeza ele está tomando a medicação, ele está fazendo atividade física, ele está se alimentando corretamente, que ele tem um interesse, ele procura. E3

Quando oportuno, a verificação do cumprimento do tratamento da HAS também é feita durante a consulta de enfermagem, nas conversas de rotina com os idosos e familiares e pelo ACS na visita domiciliar.

Através das consultas que a gente agenda e conversa com esses pacientes, conversa com os familiares, através do agente de saúde que faz a visita mensal e confere se realmente ... Conversa com os familiares e vê se estão fazendo o uso correto dos medicamentos e o aconselhamento né, que a gente sempre procura estar fazendo com esses pacientes quanto a alimentação saudável, atividade física e estar sempre cobrando, sempre que tem a oportunidade. E3

A visita domiciliar parece facilitar o acesso e acompanhamento dos idosos portadores de HAS, frequentemente os enfermeiros recorrem a este recurso para acompanhar o tratamento prescrito pelo médico, quando o idoso tem dificuldade de locomoção: *[...] quando a gente encaminha pro médico pra revisar um medicamento, né, a gente faz um atendimento domiciliar, se o paciente não puder vir aqui, [...] E5*

Dessa forma, as visitas no domicílio parecem ser agendadas de acordo o fluxo de serviços da Unidade de Saúde: *[...] eu procuro sempre deixar, por exemplo, a sexta-feira que é um dia mais tranquilo para está realizando essas vistas domiciliares [...] E11*

Os enfermeiros apontam que o serviço de saúde oferece transporte aos profissionais para deslocarem até o idoso portador de HAS: *[...] a visita domiciliar eles (SMS) disponibilizam para a gente, [...] aí eles disponibilizam o transporte [...] E3*

Os idosos portadores de HAS que apresentam comorbidades e outras fragilidades parecem ter prioridade para realização da visita domiciliar, isso pode estar relacionado à

limitação de logística do serviço em atender toda demanda de idosos e outras situações que necessitam realizar a visita domiciliar.

[...] a gente faz também as visitas domiciliares quando a gente vê que o idoso é um idoso frágil, que precisa de um cuidado, [...] E8

[...] muitas vezes a gente faz visita em casa, né. Eu gosto de visitar muito, onde tem paciente idoso, mas que tenha algo como hipertensão, com doença associada, eu gosto de fazer a visita. [...] E10

O momento da visita tem sido um espaço educativo que o enfermeiro tem usado para orientar, certificar e acompanhar o cumprimento do tratamento proposto, sendo que o tratamento medicamentoso parece constantemente presente como uma preocupação para a visita domiciliar.

Uma coisa que eu gosto de investigar muito é a questão do uso correto da medicação, né, então assim, a gente faz muita visita, [...] acontece de a gente ter que separar as medicações, [...] Então assim, a gente faz visita, organiza essas medicações deles, [...] E4

[...] eu marco a visita domiciliar com o caráter de orientar, de olhar realmente, de, os medicamentos, ver se está tomando de forma correta, se não está, a gente faz a orientação e o acompanhamento desse idoso. E8

[...] a única forma de saber se realmente tá tomando ou não é quando eu vou na casa. [...] E9

[...] quando eu vejo um idoso, acamado, que é hipertenso, diabético, vou muito na casa deles, oriento, converso com a família, sempre que posso também, eu tô orientando eles na questão da medicação [...] a gente gosta de visitar para saber se está tomando direito (medicamento) [...] E10

Segundo os enfermeiros, na visita domiciliar, é frequente acontecer atendimento compartilhado entre outros profissionais da equipe de saúde, sendo mais comum com o médico.

Como eu te falei, se é necessário a gente ir à casa, a gente vai e faz a visita domiciliar, visita de enfermagem, visita médica né. E3

[...] E muitas vezes também, eu e o médico, nós vamos nas casas deles também. Então toda semana nós temos visita também, visita domiciliar, eu e do médico, nós dois também vamos juntos naqueles pacientes que tão precisando. [...] E9

Conforme os enfermeiros entrevistados, a Ficha do Hipertenso, Ficha B, e o cartão de saúde do idoso são instrumentos que os profissionais usam durante o acompanhamento do idoso portador de HAS na visita domiciliar e que possibilitam realizar o registro de dados que permitem o controle da adesão. Esta ficha reúne informações do tratamento medicamentoso e não medicamentoso realizado pelo idoso, além do registro dos valores da PA, já no cartão de saúde registram os valores da PA e os medicamentos em uso.

Eu acho a ficha B um instrumento muito bacana, a ficha B nós temos o controle da medicação que ele usa, se está fazendo corretamente essa medicação, se ele faz atividade física e como que está a alimentação, [...] se ele tá usando corretamente a medicação, o nível pressórico desse hipertenso, de todos, [...], se faz atividade física

e se faz dieta, [...] a gente faz o acompanhamento, essas fichas tem que estar todas preenchidas todo mês, [...] todo mês nós temos que acompanhar todos esses hipertensos através da ficha B. [...] E4

[...] além do cartão, onde o ACS passa, mensalmente nas residências e afere a pressão, lá também é registrado, além da pressão, os medicamentos. Há a ficha B de hipertensão e diabetes, que contempla todos esses outros quesitos, além de hábitos, como fumar, beber, questão alimentar, medicações de uso e a nossa planilha própria, onde os profissionais de nível superior, é, coloca, né, os exames realizados, a estratificação de risco, a data da última consulta. E6

Tem a ficha de hipertenso e diabético que é feita pelos ACS, aí normalmente todo mês na reunião que a gente faz com eles, eu recolho as fichas né, pra conferir se eles fizeram a visita, aí nessa ficha eles anotam o medicamento que usa, se ta fazendo o uso da medicação, se foi na consulta médica. É, normalmente é monitorado por essas fichas. E7

Os dados registrados na Ficha B também auxiliam no acompanhamento do idoso portador de HAS durante a consulta médica para esclarecer dúvidas quanto ao tratamento.

[...] O idoso tem a caderneta dele, para a gente colocar peso, agendamento de consulta, a gente coloca medicação que muitos deles somem a receita, não sabe nem o que está tomando, como está tomando. Em todos os locais tem que colocar tudo, qual remédio toma, quantas vezes por dia, como ele toma, todo acompanhamento dele está ali. Aí fica mais fácil, até cartão do SUS, porque às vezes esquece muito de levar pra Unidade. [...] muitas vezes já chegou hipertenso para ser atendido pelo o médico e ele não sabia nem a medicação que tomava [...]. Aí eu vou na minha ficha (Hiperdia) e olho, lá tem medicação que ele toma, quantas vezes ao dia. É uma maneira da gente saber, que tem hora que a gente pergunta o que eles tomam e eles não sabem. E10

Há profissionais que consideram não dispor de mecanismos para controle da adesão ao tratamento proposto ao usuário portador de HAS ou consideram difícil controlar a adesão por não ter contato frequente com os usuários. Essa dificuldade é comum entre os enfermeiros que atuam na zona rural e tem relação com a extensão territorial e rodízio pelos pontos de apoio.

[...] um instrumento certinho pra falar assim, oh, eu tenho tantos que tão aderidos, quantos não são, eu não tenho ainda não, [...] hoje eu num, num tenho isso não. E1

[...] Mas para ter um controle adequado assim, se estão fazendo o tratamento de maneira correta ou não, sinceramente a gente não tem controle sobre isso [...] aqui eu sinto certa dificuldade em relação a isso, a gente não vê os usuários frequentemente, [...] E11

O trabalho dos ACS, especialmente nas visitas domiciliares, norteia o planejamento e as ações de enfermagem para atender as demandas dos idosos portadores de HAS. O profissional ACS é visto como “uma ponte” entre os usuários e os enfermeiros, facilitam o trânsito e o acesso dos usuários aos serviços. Estes aspectos já foram apontados anteriormente, mas é importante enfatizar o reconhecimento internacional do trabalho dos ACS como estratégia de acompanhamento de usuários portadores de condições crônicas (OMS, 2003b).

Frequentemente a visita domiciliar do enfermeiro é compartilhada com outros profissionais da equipe, sendo um espaço para educação dos idosos e familiares em relação

aos tratamentos da HAS, assim a visita domiciliar trás elementos da integralidade do cuidado e também facilita o acesso dos usuários aos serviços.

4.4.6 Alternativas para vencer a resistência dos idosos: busca de empoderamento, autonomia do idoso e construção do vínculo

Apesar dos esforços e ações realizadas no sentido de favorecer a adesão aos tratamentos da HAS, os enfermeiros entrevistados, consideram que as ações já realizadas são insuficientes para obter a adesão necessária pelos idosos aos tratamentos prescritos. A insuficiência das ações está relacionada a falta de recursos e a falta de condições do idoso ou familiares de dispor de meios para o tratamento.

Os enfermeiros indicam que os idosos e familiares parecem ser carentes e por vezes não dispõem de recursos financeiros, por exemplo, para manter uma dieta adequada.

Tem umas que são (estratégias suficientes), mas tem outros que não, né. Depende muito do idoso, que é como eu estou te falando, a alimentação saudável, tem gente que não tem condições de ter essa alimentação, então uma coisa depende da outra [...] a gente tem que instruir a família, mas a própria família não tem essas condições né, mas é isso. E5

Quando os profissionais percebem baixa adesão aos tratamentos ou dificuldades nesse sentido, agendam consulta de enfermagem ou médica e realizam visita domiciliar multiprofissional para orientar o usuário e familiares.

Então, a gente tenta orientar o agente de saúde para estar buscando, ele fala que está com muita resistência, a gente vai à visita domiciliar e faz o agendamento aqui, se o paciente realmente resiste e não vem, a gente vai à visita domiciliar e tenta resgatar esse paciente e explicar a importância e tal e muitas vezes dá certo. E3

[...] normalmente a agente agenda a visita domiciliar com a presença do profissional ACS da área, o médico e o enfermeiro e aí a gente tenta passar orientação pro usuário e pra família também. E6

[...] a gente tenta agendar a consulta, consulta de enfermagem, eu já falo que eu quero conversar com aquele paciente, tento trazer ele pra unidade de saúde pra conversar com ele, pra saber como que tá, pra me explicar como tá a situação [...] tento agendamento com o médico [...] uma alternativa que a gente usa, já vou e falo com o médico, antes do paciente entrar, (consultório) “Esse paciente de difícil adesão pra tratamento, não dá muita importância ao tratamento.” E falo com o médico para tentar..., de certa forma tem que puxar um pouquinho a orelha daquele usuário para tentar abrir um pouquinho a mente para a situação. E11

Considerando as dificuldades apontadas pelos entrevistados para adesão dos idosos portadores de HAS aos tratamentos propostos, emergiu de seus relatos as ações que julgam necessárias para melhorar a adesão dos usuários.

Apontam a necessidade de chamar a atenção do idoso para atraí-lo às ações com distribuição de brindes e lanches, oferta de maior quantidade de exames e divulgação das

ações, assim como realizá-las em diferentes espaços da comunidade e formatos, como ações globais.

Uai, eu acredito, que deveria ter, [...] algo chamativo, de inicialmente que chame a atenção deles pra tá participando das atividades. Tipo, uns brindes, alguma coisa assim. Entendeu? [...] E2

Seria interessante e muitas vezes a gente já pediu e não conseguiu o lanche né, que eu acho que seria um atrativo para eles poderem estar vindo, participando mais, [...] acredito que seria também a oferta maior de exames pra estratificação e também na divulgação das ações. E3

[...] mais a questão mesmo de oferta de exames, de divulgação e eu acho que mais atividades mesmo na comunidade, pra ao invés de trazê-los na Unidade a gente levar a informação até eles. A participação familiar ia ajudar muito né, trazer esse idoso. [...] a participação de algum membro da família né, que a família se envolva nesse tratamento. E6

[...] Não só nessa unidade, no município mesmo, ocorrer mais, como eu posso me expressar melhor, aquelas tendas de PA, [...] de verificação de glicemia, mais assim, atividades, [...] ações que movem toda a população, entendeu? [...] divulgando o município que vai ter uma ação voltada aos hipertensos, lá na escola tal, por exemplo, vai ter uma avaliação de exames, solicitação de exames, vai ter um café da manhã saudável, uma atividade física, essas ações de grandes movimentos, eu acredito que seria importante eles ajudarem nessa questão aí. E11

As ações pensadas, embora se constituam em alternativas para aumentar a adesão, parecem não considerar a capacidade de empoderamento do idoso para que desenvolva autonomia em seu processo de autocuidado, mas acabam se voltando para um “marketing” posto com os atrativos indicados pelos enfermeiros: lanche, brindes, disponibilização de exames.

A baixa adesão às formas de tratamento favorece a ocorrência de intercorrências durante o tratamento. Relacionado a isso, o desconhecimento sobre sua condição de saúde pode favorecer interrupção no tratamento. Esse fato evidencia que apesar das ações de educação em saúde ocorrerem, estas ainda não são suficientes para que o idoso seja capaz de autogerir seu cuidado.

Como já observado há necessidade de o profissional rever os métodos e conteúdo a serem trabalhados. O idoso residente na zona rural parece ter menos acesso às ações de educação em saúde que privilegiem o processo patológico da HAS e a importância do tratamento contínuo, contudo a população masculina, independente da localização, é mais resistente à adesão ao tratamento.

É, pressão descompensada né (intercorrência), é, alguns ainda, tem aqueles pacientes que toma os remédios todos os dias, mas não. Tem aqueles que ainda pensam que a pressão controlou, melhorou né, não tem mais pressão alta né. Eles falam, minha pressão melhorou então acabou a doença, mais aos poucos nós tamos trabalhando com eles que controlar a pressão, o nosso objetivo é esse né, é controlar, né, mais aí tem um ou outro controlou, vem aqui a pressão tá

normalizada então eles param, aí voltam com a pressão alta, [...] alguns da zona rural acontece isso (descontinuidade do tratamento). E1

Eu percebo, é, porque às vezes tem resistência, [...] só que assim, porque a hipertensão é silenciosa, então eles não sentem nada às vezes, ele acha que tá tudo tranquilo. E2

[...] a população masculina, que é mais resistente, [...] E4

Essas diferenças entre gêneros para aderir às ações e serviços de saúde são reflexos de uma trajetória histórica e cultural sobre o modo de ser e viver, assim como, de o homem e a mulher se cuidar. Esse comportamento pode ser resultado da falta de orientação para o cuidado de si e dos outros no processo de socialização do homem, assim como pode, também, ter relação com uma característica marcante do setor de saúde, que por vezes entende mulher e filho como inseparáveis e as ações em saúde serem planejadas sob a ótica de representações mais conservadoras. As diferenças com que os gêneros são tratados no serviço de saúde pode colocar em risco a saúde dos homens, devido os programas e políticas de saúde privilegiar cuidados em função de cada sexo (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017).

Os enfermeiros demonstram preocupação com os idosos portadores de HAS que frequentam pouco a Unidade de Saúde e relatam que procuram manter esses idosos mais próximos a UBS, uma vez que é necessário que o serviço de saúde acompanhe o usuário e estabeleça vínculo entre o sujeito e a equipe: *[...] Aqueles (idosos hipertensos) que não estão vindo aqui, eu procuro trazer mais próximo de nós né, porque o hipertenso tem que ficar aqui na Unidade de Saúde porque é uma atenção primária né, então tem que tá sempre aqui. E9*

Foi apontada, pelos entrevistados, a necessidade de atendimento especial e bom relacionamento com os idosos portadores de HAS desde o primeiro contato para criar elo entre o idoso e o serviço de saúde. Dessa forma, é evidenciada a importância atribuída pelos profissionais ao vínculo como estratégia para tratar e acompanhar o tratamento dos idosos portadores de HAS.

[...] Então assim, nós temos que ter um cuidado especializado (especial) pra ter esse elo com, com esse idoso, então assim, [...] uma atenção maior com esse idoso né, ter uma paciência, porque às vezes o serviço tá meio tumultuado né. [...], ter uma atenção maior pra gente ter um bom relacionamento, que assim, com esse hipertenso pra ele poder retornar, porque se ele tiver esse primeiro impacto né, num gostei, ou né, é, num fui bem atendido, eles não retornam. Então, ter esse elo de amizade mesmo com o hipertenso. E1

Eu tento, eu tento criar uma proximidade com ele assim, [...] Então assim, eu tento ser amiga, falar um pouco com os familiares, criar vínculo, passar confiança também, né, assim, eu tento ajudar na maneira do possível, eu tento ajudar sempre, eu acho que isso ajuda a criar um vínculo. [...] E4

Os enfermeiros relatam que os idosos portadores de HAS parecem gostar do atendimento recebido na Unidade de Saúde e elogiam o profissional, isso faz pensar que

existe vínculo entre o profissional e usuários e reconhecimento, do usuário, pelo trabalho realizado.

[...] eles se sentem satisfeitos, agradecem muito, eles são pessoas gentis, né, esses idosos hipertensos, até mesmo os novos também eles gostam do atendimento, eles elogiam muito a gente [...] Aí a gente fica muito feliz com essa parte também. E10

Essa aceitação percebida pelos enfermeiros é corroborada pelo estudo de Vello *et al.*, (2014) realizado a fim de compreender como os idosos percebem o atendimento na AB, onde identificaram que a maioria dos idosos ouvidos relataram gostar da Unidade de Saúde, do atendimento e da assistência oferecida pelos profissionais da ESF e por isso reforçaram a hipótese de haver vínculo entre idosos e profissionais.

Os enfermeiros reconhecem que os idosos portadores de HAS são carentes também de afeto. A carência percebida no idoso é relacionada ao fato de que boa parte desses usuários vive na ausência dos filhos, isso parece colaborar para que os idosos projetem nos profissionais, carinho de pais.

[...] os hipertensos, a maioria deles são idosos, então eles gostam desse carinho, que a gente trata né, essa carência que eles têm. [...] a maioria dos idosos, são muito carentes, a maioria dos filhos também vão embora para São Paulo, deixa os pais mais sozinhos. [...] Então eles olham, ver na gente também tipo assim, um amigo, uns filhos, tratam a gente muito bem [...] E10

O vínculo com os idosos portadores de HAS parece ser construído durante o atendimento da demanda espontânea e nas visitas domiciliares. A rotina do serviço e o conhecimento adquirido sobre o idoso estão vinculados à criação de laços entre o profissional e o usuário.

[...] Na verdade, esse vínculo é mais durante a demanda espontânea, nos atendimentos que a gente vai realizando no dia a dia e também tem visitas domiciliares [...] esse vínculo é mais no dia a dia, mais no conhecimento ali do dia a dia [...]. E11

Quando os idosos portadores de HAS confiam no enfermeiro parece ficar mais à vontade para se relacionar com o profissional.

[...] Quando eles gostam da gente, da maneira de falar, eles se abrem mais também. [...] Muitas vezes eles chegam lá mesmo, para desabafar mesmo, ver a gente como psicóloga. Então a gente tem que parar também, tem que ter esse tempo, entendeu? Deixar um tempo para eles mesmo, [...] E10

A relação de confiança é importante para os idosos falarem com mais facilidade de sua condição de saúde e do tratamento, assim os profissionais destinam parte do tempo para estar com o idoso.

Os enfermeiros parecem entender ser importante um bom atendimento para conquistar a confiança do idoso portador de HAS.

Então, eu procuro sempre atender todo mundo bem, eu acho que isso contribui muito para você conquistar uma confiança do paciente, a gente vai na casa, vai conversando, procura saber os problemas, igual eu já te falei, eu sou daqui desse bairro, eu conheço muita gente daqui, já tem nove anos que eu trabalho nesse PSF, então assim, o tempo foi propiciando esse vínculo, esse conhecimento da população. E4

O tempo de trabalho na Unidade de Saúde, a visita domiciliar e o profissional demonstrar interesse em conhecer os problemas dos idosos favorece o estabelecimento de vínculo com os usuários.

Sobre o tempo de trabalho na Unidade de Saúde e a criação de vínculo com o idoso, essa relação é prejudicada quando o tempo de trabalho é pequeno. Pouco tempo atuando na área dificulta o conhecimento da população adscrita e fragiliza o vínculo, reforçando a ideia de que criar vínculo demanda conhecimento do usuário idoso portador de HAS. Isso possivelmente inclui conhecer seus hábitos, estilo de vida, dificuldades e potencialidades do tratamento.

Como a gente tem pouco tempo de serviço, eu considero muito pouco em nove meses, eu acredito que ainda tem pessoas, tem usuários da nossa unidade que eu não conheço, não conheço todos ainda, na verdade é essa. [...] E11

O vínculo entre profissionais e idosos portadores de HAS residentes na zona rural é prejudicado pela dificuldade de acesso dos usuários à Unidade de Saúde devido a características do território, assim como pelo acesso e permanência do profissional na Unidade de Saúde na zona rural.

[...] hoje eu conheço muito pouco a minha área né, mais os que frequentam aqui mesmo, pela dificuldade acesso os da zona rural né, tanto de eu ir pra lá como de eles virem pra cá e por ser uma área nova né [...] então essa questão do vínculo ainda num existe tão forte com todo mundo da área, eu conheço muito pouco as pessoas aqui hoje. E7

[...] a gente trabalha na zona rural em um período direto, dá até uma hora a gente vem..., cumpre horário corrido, né. [...] E10

Porém, o vínculo entre profissionais e idosos se mostrou importante para adesão aos tratamentos, os entrevistados entendem que os idosos portadores de HAS que possuem vínculo com a equipe de saúde têm comportamento de saúde melhorado, reduz intercorrências e influencia positivamente na procura pelo serviço de saúde na UBS.

[...] então assim, com certeza o tratamento é outro, é diferenciado né, dificilmente esses pacientes vão ter um problema maior, consequente de uma pressão incontrolada e tal. [...] Eles têm um contato, um vínculo maior com a gente, então tudo que eles precisam, eles ligam, eles procuram, [...] E3

[...] Procuram por essa proximidade que a gente tem, esse vínculo que a gente tem com eles. E4

Por diversos fatores, alguns idosos portadores de HAS manifestam resistência em relação à adesão aos tratamentos da HAS, nesse sentido, a construção de vínculo entre os

idosos e os profissionais de saúde aparece como forte indicador da adesão aos tratamentos propostos. Criar vínculo com os idosos portadores de HAS parece ser uma boa estratégia para desconstrução de possíveis resistências em relação aos tratamentos. Quando os idosos percebem interesse, por parte do profissional, em cuidá-lo, as barreiras para adesão parecem amenizadas, assim uma importante brecha para a ampliação deste processo, implica em uma ação dos profissionais da ESF em realizar abordagem humanizada para trazer esse idoso para mais próximo da equipe.

4.4.7 O papel da família no acompanhamento do idoso portador de HAS

A participação da família no tratamento do idoso portador de HAS é vista, pelos enfermeiros, como muito importante para sucesso no controle da PA e do quadro apresentado pelo idoso. Quando a família é ativa e participativa no tratamento do idoso há melhora clínica e redução de intercorrências relacionadas à HAS.

A contribuição da família é de extrema importância [...]. Quando a família tá mais presente, tá mais participativa, cê percebe uma melhora clínica, percebe uma adesão melhor ao tratamento, [...] então você percebe que não tem tanta intercorrência com aquele idoso, aquele idoso é uma situação mais controlada, entendeu. [...] Eles não apresentam tantas intercorrências, pico hipertensivo, essas coisas. E11

Em um estudo realizado por Barreto e Marcon (2014) com portadores de HAS a família foi apontada como uma aliada fundamental no tratamento desta condição de saúde. Os sujeitos participantes do estudo percebiam a família como facilitadora na adesão aos tratamentos, bem como exercia forte influência sobre a adoção de práticas de autocuidado, como a realização de atividade física e adoção de dieta adequada à condição de saúde.

Frequentemente os enfermeiros procuram buscar os familiares para participarem mais ativamente do tratamento do idoso portador de HAS, contudo são os filhos quem mais se corresponsabilizam pelo cuidado do idoso.

[...] sempre tentamos mostrar pra eles é que eles tem que ter, né, essa parceria né, a família tem que apoiar, tem que ajudar porque não adianta nada a gente pedir pro idoso não comer, por exemplo, comida gordurosa e a família né, vai e faz lá né, uma comida gordurosa e aí é o quê que a gente pede também pra não fazer, por exemplo, alimentação separada, porque se faz alimentação separada ele vai achar que ele tá diferente. Na verdade essas boas práticas, elas são pra todos né, até mesmo porque se tem um hipertenso ali a chances se os outros não cuidarem do estilo de vida é desenvolverem também, então a gente pede muito essa parceria, apoio com a família. E1

[...] sempre tem a participação da família e eles geralmente, os familiares, são bem presentes, procuram saber, trazem, inclusive os filhos que são mais jovens e já tem uma formação melhor de hoje em dia e tal, eles têm mais assim, que procuram mais e falam “você podia ir lá, que ele não vem aqui”, então acaba que ajuda muito são os familiares. E3

Normalmente é um filho, um dos filhos que tem uma afinidade maior né, que, por, os portadores de hipertensão, a maioria são idosos então um dos filhos que assume essa responsabilidade, os, alguns que participam né. E6

Segundo Silva, Vicente e Santos (2014) o enfermeiro que atua na AB tem condições de oferecer suporte à família porque conhece a realidade vivenciada pelo idoso e seus familiares, assim como conhece e tem acesso à rede de apoio que existe no território para realizar atenção no domicílio. Desta forma, pode facilitar que se estabeleça vínculo entre os envolvidos com o serviço de saúde para proporcionar ao idoso uma assistência contextualizada e integral.

Nesta busca de parceria com a família, os enfermeiros a orientam sobre a alimentação do idoso portador de HAS e prática de atividade física.

[...] a gente orienta a família, porque a família é a cuidadora do idoso, então precisa orientar também, e muitas vezes é a família que faz os alimentos, então ela tem que ser orientada a cuidar dos alimentos. E8

[...] a gente aproveita pra falar focado pra ele também né, fala com o filho, “óh cê cuida dele, fala da alimentação, cê fica de olho né, com tá sendo a alimentação, se tá praticando atividade física”. Pra o filho ajudar também né, nessa realização da prática de exercício físico [...] E9

Mais uma vez aparece claramente que as orientações aos sujeitos centram-se na alimentação e atividade física, em alguns momentos isso também ocorre com o tratamento medicamentoso, contudo, o processo fisiopatológico, fatores de risco, sinais e sintomas, parecem ignorados.

Sabe-se que o conhecimento em relação à condição de saúde precisa ser integral, e compreender como a HAS se desenvolve pode ajudar para que os idosos entendam a necessidade da adoção de dieta restritiva de sódio, da atividade física regular e do tratamento medicamentoso, por exemplo. Os idosos parecem ser orientados quanto aos meios de controle e finalidade, mas também precisam ter compreensão do “porque” das medidas prescritas.

Porém, é preciso que o enfermeiro também conheça a capacidade de entendimento do idoso portador de HAS de modo que as orientações façam sentido, da mesma forma a inclusão da família é importante nesse processo para também compreender o desenrolar da condição de saúde do idoso.

Conforme Camacho e Coelho (2010) as políticas de saúde dão destaque à família como sendo o primeiro suporte ao qual seus membros recorrem para colaboração na resolução de problemas. No tratamento de condições crônicas, a família pode participar desde a preparação das refeições, do lazer, até auxiliar na rotina do tratamento medicamentoso e nas consultas com os profissionais para avaliar o estado de saúde de seu ente.

Pelo relato dos enfermeiros, os familiares participam do tratamento dos idosos portadores de HAS de várias maneiras, demonstram preocupação com o estado de saúde do idoso, solicitam visita domiciliar e participam quando acontece a visita, ajudam a tomar os medicamentos corretamente, acompanham até a UBS, participam da consulta e orientam sobre a alimentação.

[...] participam é, igual, por exemplo indo nas consultas, né, pra ter aquele, a orientação, pra eles pegarem a orientação pra poder tá ajudando o idoso na hora, em casa na hora do cuidado. E2

[...] tem hora que liga, ou vem aqui no posto (familiares) pra saber como é que tá, ou se ele (idoso) tiver algum problema, solicita uma visita domiciliar, caso o hipertenso não queira vir, a gente faz uma visita. [...] E5

A família, ela ajuda mais no intuito de supervisão, de cuidados básicos, [...] a gente observa que a família ela está atuando ali de forma ativa, [...] E8

Olha, a maioria deles participam assim, em questão da medicação, dando a medicação e levando, né, na Unidade. E orientando também em relação a alimentação. E10

Apesar de verificada a participação dos familiares, em alguns momentos, no tratamento dos idosos portadores de HAS, observou-se relatos de resistências por parte de parcela das famílias.

Não são todas que participam, né, a gente pede e solicita [...] E2

[...] Tem gente que não adere ao tratamento, aí o familiar fica na calma, no canto dele, não dá ajuda também. E5

[...] mas também tem aquela pequena parcela dos idosos que a família não tem tanto cuidado, que a gente tem que estar mais em cima cobrando mais. E8

[...] muitas vezes eles vêm sozinhos. Então tá faltando isso aqui na Unidade Básica de Saúde, a família participar também da vida né, dessa pessoa idosa que tá com hipertensão, tá faltando isso. E9

Os enfermeiros indicam que em muitos casos se verifica a baixa adesão de familiares nas atividades de grupo e de educação em saúde, porém quando presentes são participativos e relatam as experiências vivenciadas com os idosos portadores de HAS.

A participação da família é pouca, normalmente eles vêm mesmo se precisar acompanhar né, o idoso, aí quando eles vêm, eles participa ativamente ali, eles perguntam, às vezes falam “oh lá em casa pai é assim, assim, mãe é assim, assim né”, então vão no diálogo mesmo com a gente ali. [...] se for uma visita a gente pede pra essa pessoa (responsável) está lá também né, pra poder conversar, saber como funciona. E7

Quando o familiar do idoso portador de HAS procura a Unidade de Saúde é sondado pelo enfermeiro sobre o tratamento medicamentoso e alimentação, que tendem a confirmar o cumprimento do tratamento.

[...] quando vem aqui (na Unidade) eu peço pra falar (da medicação). Tá tendo alimentação? Eu pergunto pro filho quando vem trazer, e aí alimenta bem? Eles fala que sim. Tá tomando a medicação? Eles falam que sim [...] E9

Os hábitos alimentares da família de idosos portadores de HAS precisam ser adequados para facilitar o controle dos níveis da PA, pelo idoso, por ser uma forma de motivação e incentivo, porém os enfermeiros indicam que em sua experiência que alimentação feita na casa do usuário não atende as recomendações do tratamento. Esse comportamento remete ao pensamento de pouca responsabilização da família pelo tratamento do idoso, ou também desconhecimento, por parte dos familiares, sobre a HAS.

[...] é mais o próprio familiar que vem a mim ou até o próprio paciente chega e que fala sobre alimentação, que não vai dar conta. Tem um paciente aqui perto mesmo que ele fala que ele não consegue aderir cem por cento porque a mãe já faz uma comida mais salgada [...] E5

Conforme Lopes e Marcon (2013) a adoção de uma dieta saudável é importante para toda a família porque previne ou retarda o aparecimento de condições crônicas nos componentes da família que são saudáveis e promove o controle da PA entre aqueles que possuem alguma condição crônica de saúde.

Há situações em que os familiares têm dificuldade de se responsabilizar e cuidar do idoso portador de HAS e parecem entender que o sujeito é responsabilidade exclusiva do sistema de saúde.

[...] Eu cobro muito essa presença dos filhos, porque eu noto as vezes que a população ela quer depositar a responsabilidade total na gente e isso não pode ser assim, a família ela tem que se responsabilizar pelo paciente também, eu tento muito mostrar isso também, eu ligo mesmo para o familiar, [...] E4

Conforme Brasil (2014b) o cuidado com o idoso tem início com a corresponsabilização dos profissionais da AB e aqueles atuantes em outros pontos de atenção, de forma que os profissionais possibilitem as articulações para ampliar o alcance das ações desenvolvidas pela rede de atenção à saúde.

Nesse sentido, o foco do cuidado de enfermagem junto ao idoso deve ser em ajudar e capacitar o usuário e a família para que mutuamente possam superar as necessidades de seus integrantes (MARCON *et al.*, 2005, OLIVEIRA; TAVARES, 2010). Assim, é notória a necessidade de também haver corresponsabilização da família com os cuidados dos idosos portadores de HAS, pelos profissionais do serviço de saúde.

Em situações extremas de não participação de familiares no tratamento do idoso portador de HAS e esgotadas as possibilidades de conversas com o profissional de saúde, a situação de negligência familiar é informada a outras instâncias de controle para resguardar a saúde do idoso.

[...] sempre busco trazer esse familiar para próximo do idoso, então a gente conversa, e tem que ser uma conversa bem aberta, às vezes você precisa ser bem direto para eles entenderem que eles têm que participar, eles têm que ajudar, né?

[...] assim, às vezes existe a dificuldade, mas a gente tenta primeiro entrar em contato, mostrar a importância dessa responsabilidade pelo idoso, e quando não acontece, a gente busca outras formas, assistência social, assistência jurídica para tentar resolver. E4

O Estatuto do Idoso, lei 10741 de 01 de outubro de 2003, assegura atenção integral à saúde do idoso usuário do SUS e garante acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para a prevenção de agravos, promoção da saúde, proteção e recuperação da saúde, com atenção especial às doenças prevalentes nesse público. Garante ainda que nenhum idoso poderá ser vítima de negligência, sendo obrigação da família e da sociedade em geral, garantir que o idoso tenha prioridade em uma série de direitos, dentre eles, à saúde, alimentação, e convívio familiar e comunitário (BRASIL, 2003b).

A criação de vínculo com a família do idoso portador de HAS parece ser entendida como uma estratégia para acompanhamento e tratamento dos idosos. Apesar de haver algumas resistências por parte de familiares, essa estratégia tem sido efetiva pelas diversas manifestações de participação de alguns membros da família envolvidos no tratamento. Nesse caso, os familiares são visto como aliados dos profissionais de saúde e também precisam ser orientados e empoderados para auxiliar os cuidados com o idoso.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes da afirmação de qualquer ação como uma boa prática de enfermagem é preciso ter conhecimento dos sujeitos idealizadores das práticas, dos recursos, da estrutura, do apoio, horizontal e vertical (rede de serviços) e dos usuários que recebem o cuidado.

Nesse estudo os sujeitos são profissionais enfermeiros efetivos na função, majoritariamente do sexo feminino, com pouca experiência de trabalho na AB atuando em um território misto, área rural e urbana. Acredita-se que o tempo de trabalho pode influenciar o profissional no desenvolvimento de ações para auxiliar a adesão dos idosos aos tratamentos da HAS. Ter pouca experiência na assistência pode limitar o vínculo com os usuários e o conhecimento das necessidades de saúde reais da população, porém isso pode, ao mesmo tempo, ser um fator motivador para que o profissional busque capacitação e realize um trabalho assistencial pautado nos princípios norteadores da AB, assim como ter maior tempo de experiência na AB pode, também, influenciar na prática assistencial, por exemplo, pelo comodismo. Contudo, não foi objetivo desse estudo determinar como o tempo de experiência influencia na produção e adoção de boas práticas de cuidados pelos enfermeiros durante a assistência aos idosos portadores de HAS. Porém esta pode ser uma curiosidade a ser analisada em outros estudos para entender a relação entre essas variáveis.

Os idosos, sujeitos das intervenções estudadas nessa pesquisa, têm características que claramente influenciam na forma como os enfermeiros prestam cuidados. O respeito às características socioeconômicas e demográficas sinaliza uma boa prática, pois é pouco provável que se obtenha um acompanhamento integral, que resulte em adesão aos tratamentos, sem que os enfermeiros levem em consideração as características regionais e individuais dos idosos sob sua responsabilidade, desde o planejamento das ações até o modo como a intervenção se concretiza na prática.

Há características distintas entre idosos que residem na zona rural e urbana que demarcam o acompanhamento do idoso portador de HAS. As barreiras geográficas e de contato com os idosos na zona rural implica que os profissionais atuantes nessas áreas tenham dificuldades, por exemplo, para realizar educação em saúde e outras ações programadas, porém o fato de realizarem essas ações, mesmo que não universal a essa população, por si só sobre essa ação pode-se pensar numa boa prática para aquele usuário que foi privilegiado com a ação, visto que a integralidade do cuidado foi respeitada para os usuários presentes. Porém não pode haver comodismo por parte da equipe, que deve investir e insistir em ações que

contemplem toda população alvo adscrita, seja nos limites da UBS ou no território, em respeito ao direito ao acesso e acessibilidade dos usuários à atenção integral.

Essa interpretação leva a considerar que para ser uma boa prática, a ação pode atender a um indivíduo, a um grupo específico, por exemplo, quando os enfermeiros consideram o grau de risco para elaborar ações para um grupo de portadores de HAS específico, ou a totalidade de indivíduos que sejam portadores de determinadas características/condição (HAS, por exemplo), sem considerar outros fatores. Isso permite ainda inferir que existem boas práticas em nível individual (micro), a consulta de enfermagem, e coletivo (macro), atividade coletiva pensada a partir das necessidades de saúde apresentadas pelos usuários, isso dentro dos limites do território de uma equipe de AB, sob tutoria do enfermeiro. A de se pensar também em boas práticas para além da AB, estas parecem estar inseridas em boas práticas de nível individual (micro), pensada para um sujeito e reguladas por sistemas de saúde organizados e estruturados em redes de atenção.

Há sinais de boa prática, por parte dos enfermeiros, quando atendem os idosos portadores de HAS, independente do motivo que o leva à UBS, e levam em consideração o fato de serem portadores de HAS; assim como na valorização e reconhecimento do trabalho do ACS, no planejamento das ações coletivas em equipe, na realização da visita domiciliar compartilhada com outros profissionais, na disponibilidade para ouvir o idoso em todo momento que procurar a UBS, na busca ativa, na educação em saúde, na estratificação de risco, entre outros.

No atendimento à demanda espontânea e à demanda programada é possível perceber, também, elementos que caracterizam boa prática em ambas as situações, visto que a demanda programada está relacionada à continuidade do cuidado, que possibilita integralidade da atenção e a demanda espontânea atende às necessidades pontuais, agudas dos usuários, e é uma oportunidade para iniciar um atendimento qualificado e contínuo. Independente da modalidade de atendimento há sempre a possibilidade de realizar educação em saúde a partir de uma escuta qualificada e da comunicação assertiva.

Nesse sentido, a estratificação de risco cardiovascular dos idosos portadores de HAS possibilita organizar e melhorar acesso do idoso portador de HAS aos serviços de saúde, conforme o risco atribuído aos usuários, e pode auxiliar na realização de ações em demanda programada, por grupo de risco. Porém é preciso que o profissional esteja atento para não adotar conduta que exclua ou dificulte o acesso de outros usuários que também tenham interesse em participar das ações.

A visita domiciliar apareceu como uma estratégia fortemente positiva para prestar cuidados integrais e contínuos, além de ser um espaço importante para realização de educação em saúde e oportunidade para integrar e atuar no sentido de corresponsabilizar a família no cuidado com a pessoa idosa.

A educação em saúde parece ser a estratégia de maior oferta aos idosos portadores de HAS, acontece em diferentes momentos e cenários levando em consideração as necessidades de saúde, temas de interface à HAS, parece ser também uma estratégia na qual os profissionais têm maior governabilidade para fazer correções nos métodos de realização. A educação em saúde é uma boa prática e aparece também sempre como complementar para auxiliar a efetivação de outras estratégias.

Alguns aspectos que não se configuram diretamente como uma ação assistencial, como planejamento compartilhado, ajustamento mútuo no processo de comunicação entre os profissionais, reuniões da equipe e reuniões intequipes são potencialidades do serviço que podem influenciar nos resultados das ações na ponta da cadeia (atenção ao usuário) e que podem converter ações anteriormente realizadas em boas práticas, pela mudança de método, a partir conversa, troca de experiências, estudos de casos, assim como melhorar práticas já implementadas pelos profissionais que integram a equipe da AB e de suporte do NASF.

O estabelecimento de vínculo entre a equipe e o idoso portador de HAS e a inserção da família como também corresponsável pelo cuidado e atenção com o idoso são elementos com capacidade de melhorar a adesão aos tratamentos da HAS e possibilita a oferta de uma atenção integral e por isso pode ser considerada uma boa prática de cuidado na perspectiva da integralidade.

O trabalho do ACS é apontado como uma importante estratégia de suporte para que boas práticas se concretizem, ele exerce um papel fundamental na vigilância e supervisão do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, além de representar uma “ponte” facilitadora do acesso do idoso portador de HAS ao serviço.

Apesar das atitudes e comportamentos dos idosos portadores de HAS nem sempre coincidirem com a adoção das orientações do tratamento, respeitar a autonomia do paciente que tem domínio de suas faculdades mentais, ou quando não, de seu responsável legal, é uma boa prática porque a autonomia para decidir sobre sua vida é um princípio básico garantido ao usuário. Porém, o enfermeiro não pode, nem deve ignorar as possibilidades de intervenção junto ao idoso que apresenta alguma resistência ou dificuldade com o tratamento.

Ainda que percebidas algumas fragilidades na atenção aos idosos portadores de HAS é evidente a adoção de boas práticas de cuidados pelos enfermeiros na AB, porém precisam ser

valorizados e melhorar o papel de liderança, que é nata do enfermeiro, nas atividades e ações da equipe.

Os elementos de boas práticas, identificados nesse estudo apontam que boas práticas de cuidados de enfermagem na perspectiva da integralidade se constroem e se processam em um cenário complexo e dinâmico que precisa incluir e valorizar elementos como a cultura, conhecimentos, comportamentos e atitudes do próprio idoso e da família. Todos os agentes envolvidos na assistência, especialmente o idoso portador de HAS precisa compreender a importância da adesão e se sentir parte ativa do cuidado e não meramente um executor das prescrições da equipe. As boas práticas são amparadas por evidências científicas amplamente divulgadas, têm relação com a segurança do paciente e a qualidade da assistência prestada.

Para se potencializar boas práticas, estas devem ocorrer individuais e/ou coletivamente e ser processada por um profissional ou em equipe, conforme a necessidade de saúde do usuário e considerar as tecnologias disponíveis na AB e na rede de atenção. É importante conhecer as capacidades do profissional e da equipe e promover capacitação profissional. As boas práticas se concretizam com assistência integral e ampliam o leque de possibilidades para atuação do profissional enfermeiro na assistência prestada na UBS, no território e sua contribuição na rede de atenção.

Portanto, para orientar a construção de Protocolos de boas práticas de cuidado para Enfermagem, o estudo aponta ser necessário valorizar integralmente o sujeito, a equipe de profissionais da AB, visto que não é possível prestar assistência integral somente pelas ações e corpo de conhecimentos de uma profissão, a rede de serviços (acesso, acessibilidade, referência, contrarreferência) e a capacidade de resolutividade do serviço.

Este estudo não pretende esgotar as possibilidades de boas práticas para a enfermagem, mas adensar essa discussão e propiciar que novos estudos sejam realizados no sentido de reconhecer as boas práticas de enfermagem para ampliar as possibilidades de atuação do enfermeiro, mas com condutas baseadas em evidências.

Dessa forma, espera-se que os resultados deste estudo possibilitem aos profissionais de saúde da AB, gestores e usuários dos sistemas de saúde a refletir sobre a adesão dos idosos aos tratamentos da HAS. Além disso, apontou-se elementos que podem subsidiar o planejamento da assistência a esta clientela na AB, com implementação de boas práticas de cuidado que vislumbre atendimento integral pelo acesso, acessibilidade, vinculação, escuta qualificada, para promover adesão aos tratamentos e prevenção de complicações decorrentes da HAS.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, V. R. L.; MEDEIROS, C. M. Entrevistas na pesquisa social: o relato de um grupo de foco nas licenciaturas. *In: EDUCERE: IX congresso nacional de educação. III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia*. 2009. Disponível em: http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/3041_1475.pdf. Acesso em: 26 mai. 2016.
- AKIRA, F.; MARQUES, A. C. O papel da mídia nos serviços de saúde. **Rev Assoc Med Bras**, v. 55, n. 3, p. 246, 2009.
- ALENCAR, B. R. *et al.* A Não-adesão de idoso à Terapêutica Anti-hipertensiva: um desafio a ser enfrentado pela equipe multiprofissional. **Rev.Saúde.Com**, v. 7,n. 2, p. 143-156, 2011.
- ALMEIDA, R. T.; CIOSAK, S. I. Comunicação do idoso e equipe de Saúde da Família: há integralidade? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 4, [07 telas], jul./ago. 2013.
- ALMEIDA, T. L. **Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da Saúde da Família**. [Dissertação] Mestrado em Saúde na Comunidade. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2005, 141 p.
- ANDRADE, S. R. de *et al.* Melhores Práticas na Atenção Básica à Saúde e os Sentidos da Integralidade. **Esc Anna Nery** (impr.), v. 17, n. 4, p. 620-27, out./dez., 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130004>. Acesso em: 20 dez. 2016.
- ANDRADE, S. S. C. de A. *et al.* Prevalência da hipertensão arterial autorreferida nas capitais brasileiras em 2011 e análise de sua tendência no período de 2006 a 2011. **Rev. Bras Epidemiol**; Supl Pense, 2014; p. 215-226. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400050017>. Acesso em: 15 out. 2015.
- ANDRADE, V. M. P.; CARDOSO, C. L. Visitas Domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde: Concepções de Profissionais e Usuários. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 22, n. 1, p. 87-98, jan./abr. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712017220108>. Acesso em: 8 jan. 2018.
- ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 8. n. 2, p. 259-72. 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm. Acesso em: 30 mai. 2016.
- BAPTISTINI, R. A.; FIGUEIREDO, T. A. M. Agente Comunitário de Saúde: Desafios do Trabalho na Zona Rural. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 53-70, abr./jun. 2014.
- BARRETO, M. S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 325-339, jan./mar., 2015.
- BARRETO, M. S.; MARCON, S. S. Participação Familiar no Tratamento da Hipertensão Arterial na Perspectiva do Doente. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 38-46, jan./mar., 2014.

BASTOS, A. B. B. I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicol inf.** São Paulo, v. 14, n. 14, p. 160-169, out. 2010.

BASTOS-BARBOSA, R. G. *et al.* Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial. **ArqBrasCardiol**, São Paulo, v. 99, n.1, p. 636-641. jul. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000054>. Acesso em: 23 out. 2015.

BEZERRA, A. F. B.; SANTO, A. C. G. E.; BATISTA FILHO, M. B. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 5, São Paulo, out., 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000500017>. Acesso em: 11 jan. 2018.

BODSTEIN, A.; LIMA, V. V. A. de; BARROS, A. M. A. de. A Vulnerabilidade do Idoso em Situações de Desastres: Necessidade de uma Política de Resiliência Eficaz. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 157-174, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-753X2014000200011>. Acesso em: 17 set. 2015.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos.** reimp. Porto : Porto Editora. 2013. 336p.

BORGES, S. A. C.; PORTO, P. N. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 338-346, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140031>. Acesso em: 30 mai. 2016.

BOTTON, A. B.; CÚNICO, S. D.; STREY, M. N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 25, n. 1, p. 67-72, jan./jun., 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. 228p.

_____. Presidência da República. **Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2004 – uma análise da situação de saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 364 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2006a. 164 p.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 68 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.** - Brasília : Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n. 14. 2006c. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento.** Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010a. 44 p.

_____. Ministério de Saúde. **Portaria n. 4.279 de 30 de Dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010b.

_____. 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 : Ministério da Saúde, 2011a. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde.** Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011b.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada – **RDC nº. 63** de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Gabinete do Ministro : Brasília, 2011d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS:** proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Maio, 2014a.

_____. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Manejo do diabetes mellitus no paciente idoso.** 2014b. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/diabetes-em-debate/manejo-do-diabetes-mellitus-no-paciente-idoso>. Acesso em: 16 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1.645 de 02 de outubro de 2015.** Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, 2015.

_____. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil** [recurso eletrônico]. - Brasília : Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 2017. 518 p. Atualizada até a EC n. 97/2017a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF.** Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo – (2015-2017). Brasília-DF, 2017b, 89 p.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology'. *Qualitative Research in Psychology*, v. 3, n. 2, p. 77-101. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>. Acesso em: 19 ago. 2016.

BRITO, K. Q. D.; MENEZES, T. N.; OLINDA, R. A. Incapacidade funcional: condições de saúde e prática de atividade física em idosos. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v. 69, n. 5, p. 773-80, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690502>. Acesso em: 29 dez. 2017.

BRITO, R. S.; FERREIRA, N. E. M.; SANTOS, D. L. A. Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. **Saúde Transform. Soc.** v. 5, n. 1, Florianópolis, p. 16-21, 2014.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Esc Anna Nery**; v. 19, n. 3, p. 467-474, jul./set., 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150062>. Acesso em: 27 dez. 2017.

CAMACHO, A. C. L. F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 279-84, mar./abr., 2010.

CAMARGO, T. M. **Acessibilidade aos Serviços de Saúde Pública no Município de Rio Claro-SP.** [Trabalho de Conclusão de Curso] Graduação em Geografia. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Rio Claro, maio, 2011. 63 p.

CAMPOS, G. W. S. **A reforma da reforma: repensando a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1992. 220p.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15 (supl.1), p. 1509-1520, Rio de Janeiro, jun., 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700063>. Acesso em: 6 jan. 2018.

CASSIANI, S. H. B.; ZUG, K. E. Promovendo o papel da Prática Avançada de Enfermagem na América Latina. **Rev Bras Enferm.** v. 67, n. 5, p. 675-6, set./out., 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670501>. Acesso em: 9 dez. 2017.

CASTANHO, P. Uma Introdução aos Grupos Operativos: teoria e técnica. **Vínculo – Revista do NESME**, São Paulo; v. 9, n. 1, p. 47-60, jun. 2012.

CASTILHO, A. P. *et al.* **Manual de metodologia científica.** Intumbiara: Instituto Luterano de Ensino Superior, 2011. 81p.

CAVALCANTI, V. G. S.; VIANA, L. O.; GARCIA, N. I. As Especialidades e os Nexos com a Formação Contínua do Enfermeiro: repercussões para a atuação no município do Rio de Janeiro. **Enfermería Global.** n. 19, p. 01-12, jun., 2010.

CECÍLIO, L. C. O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** 8 ed. Rio de Janeiro : CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2009. 117-130.

CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma Taxonomia Operacional de Necessidades de Saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. F.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio Grande do Sul: Rio de Janeiro: EdUCS/UFRS: IMS/UERJ: CEPESC, 2006. 112p.

CONILL, E. M. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? Debates. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup 1, p. 21-23, 2008.

COREN-RS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. **Coren-RS participa do Seminário sobre Práticas Avançadas realizado pelo Cofen**. Abril de 2017.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Parecer COREN-SP 50/2013 – CT**. Encaminhamento de paciente para outros profissionais pelo Enfermeiro. São Paulo, 2013, 07 p.

CORRÊA, A. C. P. *et al.* Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 14, n. 1, p. 171-80, jan./mar., 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a20.htm>. Acesso em: 19 dez. 2017.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 5-15, set./dez., 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300002>. Acesso em: 12 dez. 2016.

COSTA, E. M.; FERREIRA, D. L. A. Percepções e Motivações de Agentes Comunitários de Saúde Sobre o Processo de Trabalho em Teresina, Piauí. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 461-478, nov., 2011/fev.2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000300007>. Acesso em: 11 jan. 2018.

COSTA, V. A.; RAMIRES, J. C. L. A Importância das Redes de Saúde para o Desenvolvimento da Atenção Primária em Pirapora. **Hygeia**, v. 10, n. 18, p. 234-249, jun., 2014.

COSTA, Y. F. *et al.* O papel educativo do enfermeiro na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: revisão integrativa da literatura. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 473-481, 2014.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, abr., 2010.

DÁTILO, G. M. P. de A.; CORDEIRO, A. P. **Envelhecimento humano: diferentes olhares**. – Marília : Oficina Universitária; São Paulo : Cultura Acadêmica, 2015. 296 p.

DOTTA, P.; PANIZ, V. M. V. Tratamento não Farmacológico da Hipertensão Arterial Sistêmica: Crenças Populares. **XXV Salão de Iniciação Científica da UFRGS – PROPEQS**. UFRGS, Porto Alegre, RS, 2013.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Linhas-Guia e Manuais**. Anexo 6. 2008. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0279.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2017.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**; v. 46, n. 6, p. 1494-1502, 2012.

FERREIRA, J. B. B. *et al.* O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 14, n. 33, p. 345-58, abr./jun. 2010.

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, Rio de Janeiro, p. 899-915, 2011.

FRACOLLI, L. A. *et al.* Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP**. v. 45, n. 5, p. 1135-41, 2011.

GAMA, T. C. C.L. *et al.* A importância da qualificação dos agentes comunitários de saúde na prática da educação em saúde no município de Petrolina-PE. **Facene/Famene**, v. 10, n. 1, p. 31-40, 2012.

GAZIGNATO, E. C. S.; SILVA, C. R. C. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 296-304, abr./jun., 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140027>. Acesso em: 6 jan. 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 71p.

GOTTLIEB, M. G. V. *et al.* Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbimortalidade dos idosos. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia**; Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 365-380, 2011.

GOULART, F. A. de A. **Doenças Crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para e para os Sistemas de Saúde.** Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Brasília-DF, 2011, 96p.

GUSMÃO, J. L.; MION JÚNIOR, D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev Bras Hipertens**, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.

HEFLER, J. A. R. G.; LOUREIRO, M. D. R. A motivação como veículo de trabalho: Agente Comunitário De Saúde. In: **Anais do 12º Congresso Internacional Redeunida**. Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Campo Grande, MS, 13 e 14 de novembro de 2014.

HINO, P. *et al.* Necessidades em saúde e atenção básica: validação de Instrumentos de Captação. **Rev Esc Enferm USP**; v. 43, (Esp. 2), p. 1156-67, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Senso Demográfico 2010**. 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=31&dados=29>. Acesso em: 13 jul. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. 2017a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/monte-azul/panorama>. Acesso em: 3 jan. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Expectativa de vida do brasileiro sobe para 75,8 anos.** Agência IBGE Notícias, 2017b. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18469-expectativa-de-vida-do-brasileiro-sobe-para-75-8-anos.html>. Acesso em: 10 jan. 2018.

IDT. Instituto da Droga e da Toxicodependência. **Manual de Boas Práticas Enfermagem.** v. 2, Lisboa, jul. 2011, 138 p.

INP/APN Network, International Council of Nursing. ICN Nurse Practitioner [Internet]. **Advanced Practice Nursing Network: Definition and Characteristics of the Role.** 2009. Disponível em: international.aanp.org/Practice/APNRoles. Acesso em: 07 jan. 2016.

JÚNIOR FREITAS, W. *et al.* Aplicação da Escala de Framingham na Unidade Básica de Saúde do Bairro Horto Florestal do Município de Itaperuna-RJ. **Acta Biomedica Brasiliensia**, v. 8, n. 1, p. 121-129, jul. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18571/acbm.127>. Acesso em: 9 dez. 2017.

KANITZ, L. A. “**Ser Senhor de Si**”: análise da corresponsabilidade nas Estratégias de Saúde da Família. 2015. 37 f. Trabalho de Conclusão (Graduação em Enfermagem) - Universidade de Santa Cruz do Sul. UNISC. Santa Cruz do Sul.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 16, n. 1, p. 161-9, jan./mar., 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20260>. Acesso em: 5 jan. 2018.

LARRÉ, M. C.; ALMEIDA, E. C. S. Escore de Framingham na avaliação do risco cardiovascular em diabéticos. **Rev. Rene.**; v. 15, n. 6, p. 908-14, nov./dez. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2014000600002>. Acesso em: 10 dez. 2017.

LEITE, M. P. S. **Proposta de um Protocolo de Acolhimento para Unidade de Atenção Primária à Saúde de Virgolândia, Minas Gerais.** [Trabalho de Conclusão de Curso] Especialização em Atenção básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. UFMG. Virgolândia, 2009, 79 p.

LIBERATO, S. M. D. *et al.* Relação entre adesão ao tratamento e qualidade de vida: revisão integrativa da literatura. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 16, n. 1, p. 191-8, jan./mar., 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.22041>. Acesso em: 13 dez. 2017.

LIMA, A. N.; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. A Visita Domiciliária Realizada pelo Agente Comunitário de Saúde sob a Ótica de Adultos e Idosos. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.4, p.889-897, 2010.

LIMA, A. S.; GAIA, E. S. M.; FERREIRA, M. A. A importância do Programa Hipertensão em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. **Saúde Coletiva em Debate**, v. 2, n. 1, p. 30-29, dez. 2012.

LIMA-COSTA, M. F. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? – Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.13, n.4, p. 201-8, dez.,

2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742004000400002>. Acesso em: 16 dez. 2017.

LINARD, A. G.; CASTRO, M. M.; CRUZ, A. K. L. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS)), v. 32, n. 3, p. 546-53, set., 2011.

LOBATO, M. S. A. Saúde do Idoso: reflexões sobre o atendimento e o nível de satisfação dos idosos inseridos no Programa Hiperdia. **VI Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís, Maranhão, Brasil, ago, 2013.

LONGO, M. A. T.; MARTELLI, A.; ZIMMERMANN, A. Hipertensão Arterial Sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de Psicogeriatria do Instituto Bairral de Psiquiatria, no Município de Itapira, SP. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000200008>. Acesso em: 23 out. 2015.

LOPES, M. C. L.; MARCON, S. S. A vivência do idoso e sua família com a hipertensão arterial. **Cienc Cuid Saude**, v. 12, n. 2, p. 241-248, abr./jun., 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v12i2.21745>. Acesso em: 18 dez. 2017.

LORENZETTI, J. *et al.* Tecnologia, Inovação Tecnológica e Saúde: uma reflexão necessária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 432-9, abr./jun., 2012.

LOTUFO, P. A. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. **Rev Med**, São Paulo; v. 87, n. 4, p. 232-7, out./dez., 2008.

LUSTOSA, M. A.; ALCAIRES, J.; COSTA, J. C. da. Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral. **Rev. SBPH**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 27-49. 2011.

MACKWAY-JONES, K.; MARSDEN, J.; WINDLE, J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**. Classificação de Risco na Urgência e Emergência. Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. 2 ed. 2010. 249f.

MARCON, S. S. *et al.* Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 14(Esp.), p. 116-24, 2005.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2007, 310 p.

MARIN, M. J. S.; SANTANA, F. H. S.; MORACVICK, M. Y. A. D. Percepção de idosos hipertensos sobre suas necessidades de saúde. **Rev Esc Enferm USP**; v. 46, n. 1, p. 103-10, 2012.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção à Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>. Acesso em: 3 jan. 2018.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 338-46, abr./jun., 2009.

MEDEIROS, R. H. M. Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1165-1184, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000400007>. Acesso em: 5 jan. 2018.

MELO, D. C. **Acessibilidade aos Serviços de Saúde e Posição no Espaço Social de Usuários da Rede Básica em uma Capital do Nordeste do Brasil**. [Dissertação] Mestrado em Saúde Comunitária. Universidade Federal da Bahia, UFBA. Salvador, 2016, 75 p.

MELO, E. C. *et al.* A. Acessibilidade geográfica e econômica na Estratégia Saúde da Família: avaliação da satisfação por usuários com hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 15, n. 4, p. 37-47, out./dez., 2013.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDES, L. M. O. *et al.* Fatores Associados a não Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: uma revisão integrativa. **Revista Univap**, São José dos Campos, v. 20, n. 35, jul. 2014.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. T. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalhos. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997.

MESQUITA, J. A. R. **Suporte social e redes de apoio social em idosos**. [Dissertação] Mestrado em Psicologia Clínica. Instituto Universitário – ISPA, 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Governo de Minas Gerais. Cidade Administrativa Presidente Tancredo Neves. **Secretaria de Estado de Saúde reestrutura Centros Viva Vida e Hiperdia Minas**. Agência Minas Gerais, notícia publicada em 09 de novembro de 2015. Disponível em: <http://agenciaminas.mg.gov.br/noticia/secretaria-de-estado-de-saude-reestrutura-centros-viva-vida-e-hiperdia-minas>. Acesso em: 21 dez. 2017.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 28ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009, 108 p.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estrutura em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 2003.

MONTE AZUL. Prefeitura Municipal de Monte Azul. Economia. 2013. Disponível em: <http://www.monteazul.mg.gov.br/a-cidade/economia>. Acesso em: 12 jul. 2016.

MORAES, D. R. de. Revisitando as Concepções de Integralidade. **Revista APS**, v.9, n.1, p. 64-72, jan./jun. 2006.

MORAES, J. C. O. *et al.* A Mídia e sua Relação com a Formação de Opiniões Sobre o Sistema Único de Saúde. **R bras ci Saúde**, v. 21, n. 2, p. 103-110, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2017.21.02.01>. Acesso em: 15 dez. 2017.

MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev Esc Enferm USP**; v. 45, n. 1, p. 19-25, 2011.

MOREIRA, R. R. *et al.* Qualidade de vida, Saúde e Política Pública de Idosos no Brasil: uma reflexão teórica. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 27-38, mar. 2013.

NOBRE, F. *et al.* Hipertensão arterial sistêmica primária. **Medicina**. Ribeirão Preto, v. 46, n. 3, set., p. 256-72, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v46i3p256-272>. Acesso em: 03 abr. 2016.

NOGUEIRA, J. F. **Limites e Possibilidades de Construção da Integralidade na Organização da Rede de Serviços de Saúde de São Gonçalo-RJ**. 2010. 107 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal Fluminense, Niterói : [s.n.], 2010.

OLIVEIRA, C. J.; ARAÚJO, T. L. Plantas medicinais: usos e crenças de idosos portadores de hipertensão arterial. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial on line]. v. 9, n. 1, p. 93-105, jan./abr. 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a07.htm>. Acesso em: 20 dez. 2017.

OLIVEIRA, C. J.; MOREIRA, T. M. M. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos Portadores de hipertensão arterial. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 76-85, jan./mar., 2010.

OLIVEIRA, J. C. A.; TAVARES, D. M. S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 774-81, 2010.

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.**, v. 66, (esp.), p. 158-64, set. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Acesso em: 11 ago. 2016.

OLIVEIRA, M. E. B. *et al.* Uso de Plantas Medicinais por Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. **Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde**, v. 18, n. 3, p. 137-142, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17921/1415-6938.2014v18n3p%25p>. Acesso em: 17 dez. 2017.

OLIVEIRA, R. A.; LEFÈVRE, F. Comunicação na Revelação do Diagnóstico e Adesão ao Tratamento da Tuberculose: representações sociais de profissionais e de pacientes. **Texto Contexto Enferm**; Florianópolis, v. 26, n. 2, e06790015, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006790015>. Aceso: 21 dez. 2017.

OLIVEIRA, R. de J. Integralidade da Assistência: um desafio para a Saúde Pública. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 3, n. 2, p. 49-61, jul./dez., 2014.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial.** Brasília (DF): 2003a. 105p.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial.** – Brasília, 2003b, 105 p.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Guia para a Documentação e Partilha das “Melhores Práticas” em Programas de Saúde.** Escritório Regional Africano. Brazzaville, 2008. 14p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS DE PORTUGAL. **Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de cuidados.** Comissão de formação. 2007. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf. Acesso em: 07 jun. 2016.

ORDEM DOS ENFERMEIROS DE PORTUGAL. Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. **Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular.** Mar. 2009.

ORTEGA, M. C. B. *et al.* Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 404-10, maio/jun., 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0432.2569>. Acesso em: 22 dez. 2017.

PADILLA, B.; HERNÁNDEZ-PLAZA, S.; ORTIZ, A. **Avaliando as boas práticas em saúde e migrações em Portugal: teoria, prática e política.** Fórum Sociológico [Online], 22, 2012.

PEDREIRA, M. L. G. Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. **Acta Paul Enferm**; v. 22(Especial - 70 Anos), p. 880-1, 2009.

PEDUZZI, M. Editorial. Advanced practice nurse in basic care. **Rev baiana de enfermagem.** v. 31, n. 4, e24728, 2017.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública [online]**. v. 35, n. 1, p.103-109, 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>. Acesso em: 7 jan. 2018.

PEREIRA, A. *et al.* **Análise de conteúdo de uma entrevista semiestruturada.** 2011. Disponível em: <http://mpelearning.pbworks.com/f/MICO.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2015.

PEREIRA, R. C. A. **O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes.** [Dissertação] – Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011, 134 f.

PEREIRA, T. T. S. O. Pichon-Riviére, A Dialética e os Grupos Operativos: implicações para pesquisa e intervenção. **Revista da SPAGESP**, v. 14, n. 1, p. 21-29, 2013.

PERNAMBUCO, C. S. *et al.* **Níveis da pressão arterial sistólica de normotensos após exercício no ciclo ergômetro submetidos a acupuntura.** In: Anais do IV Seminário de Pesquisa da Estácio. Out. 2012.

PINHEIRO, G. M. L.; ALVAREZ, A. M.; PIRES, D. E. P. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2105-2115, 2012.

PINTO, A. A. M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 12, n. 4, p. 766-9, out./dez., 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7270>. Acesso em: 12 jan. 2018.

PIRES, V. M. M. M.; RODRIGUES, V. P.; NASCIMENTO, M. A. A. do. Sentidos da Integralidade do Cuidado na Saúde da Família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 622-7, out./dez. 2010.

PITILIN, E. B.; LENTSCK, M. H. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. **Rev Esc Enferm USP**; v. 49, n. 5, p. 726-732, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000500003>. Acesso em: 18 dez. 2017.

PUCCI, N. *et al.* Conhecimento sobre Hipertensão e Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em Idosos. **Rev Bras Cardiol**. v. 25, n. 4, p. 322-329, jul./ago. 2012.

RADOVANOVIC, C. A. T. *et al.* Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, jul./ago. 2014; v. 22, n. 4, p. 547-53. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3345.2450>. Acesso em: 10 out. 2015.

REIS, L. A.; TRAD, L. A. B. Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. **Psicol. teor. prat.** São Paulo, v. 17, n. 3, 28-41, set./dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v17n3p28-41>. Acesso em: 18 dez. 2017.

RIOS, F. B. **Paradigmas y perspectivas teórico-metodológicas em el estudio de La administración**. Ensayos. [2013]. Disponível em: <http://www.uv.mx/iiesca/files/2013/01/paradigmas2004-2.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2016.

ROCHA, P. K. *et al.* Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 61, n. 1, p. 113-16, jan./fev. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000100018>. Acesso em: 17 dez. 2017.

RODRIGUES, A. G.; SILVA, A. A. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 159-170, 2013.

ROMERO, A. D. *et al.* Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa Unidade de Saúde da Família. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 72-78, abr./jun. 2010.

SAKATA, K. N. **A inserção do agente comunitário em saúde na equipe de Saúde da Família**. [Dissertação] – Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2009, 200 f.

SANTOS, M. A entrevista semiestruturada. 2008. **Webfólio de Investigação Educacional**. Unidade Curricular Investigação Educacional do Mestrado em Supervisão Pedagógica.

Universidade Aberta. Disponível em:

<http://mariosantos700904.blogspot.com.br/2008/04/entrevista-semi-estruturada.html>. Acesso em: 26 mai. 2016.

SANTOS, N. F.; SILVA, M. R. F. As Políticas Públicas Voltadas ao Idoso: melhoria da qualidade de vida ou reprivatização da velhice. **Revista FSA**, Teresina, v. 10, n. 2, p. 358-371, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12819/2013.10.2.20>. Acesso: 10 dez. 2017.

SANTOS, P. T. dos; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, Paula H. Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 6. p. 788-95, 2010.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidade de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B. *et al.* **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. P. 29-47.

SERBIM, A. K. **Redes e apoio social percebidos por idosos usuários de um serviço de emergência**. [Dissertação] Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande dos Sul, Escola de Enfermagem. Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, 2012, 122 p.

SHINYASHIKI, R. **O sucesso é ser feliz**. – São Paulo : Editora Gente, 2007, 174 p.

SILVA, D. P. **Acessibilidade e acesso dos usuários da zona rural aos serviços de saúde das equipes de saúde da família do município de Pintópolis-MG: uma proposta de intervenção**. [Trabalho de Conclusão de Curso] Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. UFMG. Corinto, 2011, 47 p.

SILVA, F. C. S. O Princípio da Integralidade e os Desafios de sua Aplicação em Saúde Coletiva. **Revista Saúde e Desenvolvimento**; v. 7, n. 4, p. 94-107. jan./dez. 2015.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.

SILVA, J. G. *et al.* Alimentação na Adolescência e as Relações com a Saúde do Adolescente. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1095-103, out./dez., 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000570013>. Acesso em: 15 dez. 2017.

SILVA, K. M.; VICENTE, F. R.; SANTOS, S. M. A. Consulta de enfermagem ao idoso na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17,n. 3, p. 681-687, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.12108>. Acesso: 11 dez. 2017.

SILVA, L. O. L. *et al.* “Tô sentindo nada”: percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 227-242, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000100013>. Acesso em: 03 jun. 2016.

SILVA, M. E. D. da C.; MOURA, M. E. B. Representações sociais de profissionais de saúde sobre a hipertensão arterial: contribuições para a enfermagem. **Esc. Anna Nery**. Rio de

Janeiro, v.15, n. 1, p. 75-82, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100011>. Acesso em: 12 jul. 2016.

SILVA, P. V. C.; COSTA JÚNIOR, A. L. Efeitos da atividade física para a saúde de crianças e adolescentes. **Psicol. Argum.** v. 29, n. 64, p. 41-50, jan./mar., 2011.

SILVA, R. S.; BITTENCOURT, I. S.; PAIXÃO, G. P. N. **Enfermagem Avançada: um guia para a prática.** Sanar, 2016. 22p.

SOARES, J. F. P. *et al.* Autonomia do Usuário na Estratégia Saúde da Família: existência ou negação? In: **17º SENPE – Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem.** O clássico e o emergente: desafios da pesquisa em enfermagem, 03 a 05 de junho de 2013. Natal-RN. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1316co.pdf. Acesso em: 11 dez. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.** v. 95(1 supl.1), p. 1-51. jul. 2010.

SOUSA, N. P. *et al.* Estratificação de Risco Cardiovascular na Atenção Primária segundo Escore de Framingham. **Tempus, actas de saúde colet,** Brasília, v. 10, n. 1, p. 157-168, mar., 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v10i1.1862>. Acesso em: 10 dez. 2017.

SOUZA, G. F. **Instrumento de Boas Práticas de Enfermagem em Hemoterapia na Unidade de Terapia Intensiva: uma construção coletiva.** 2012. 173p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

SOUZA, M. C. *et al.* Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde,** São Paulo, v. 36, n. 3, p. 452-460, 2012.

SOUZA, T. H.; ZEFERINO, M. T.; FERMO, V. C. Recepção: ponto estratégico para o acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, v. 25, n. 3, e4440015, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004440015>. Acesso em: 14 dez. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** – Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TAVARES, D. M. dos S. *et al.* Características sociodemográficas e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial sistêmica que residem na zona rural: importância do papel do enfermeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** v. 21, n. 2: [08 telas]; mar./abr. 2013a.

TAVARES, N. U. L. *et al.* Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Rev Saúde Pública,** v. 47, n. 6, p. 1092-101, 2013b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004834>. Acesso em: 17 dez. 2017.

TOMÉ, G. *et al.* Influência da família e amigos no bem-estar e comportamentos de risco – Modelo explicativo. **Psic., Saúde & Doenças,** Lisboa, v. 16, n. 1, p. 23-34, mar., 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160104>. Acesso em: 13 dez. 2017.

VELLO, L. S. *et al.* Saúde do Idoso: percepções relacionadas ao atendimento. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 330-335, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140048>. Acesso em: 15 dez. 2017.

VELLOSO, V. B. **Organização da Demanda Espontânea e Programada e Acolhimento na Estratégia de Saúde da Família:** um relato de experiência. [Trabalho de Conclusão de Curso] – Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Conselheiro Lafaiete, 2012, 32p.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 181-190, 2013.

VITO, A. F. *et al.* Segmento terapêutico em portadores de hipertensão arterial. **Esc Anna Nery** (impr.) v. 15, n. 2, p. 251-260, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000200006>. Acesso em: 30 mai. 2016.

ZANETTI, M. L. Prática avançada de enfermagem: estratégias para formação e construção do conhecimento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**; v. 23, n. 5, p. 779-80, set./out., 2015.

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Informado

Termo de Consentimento Livre e Informado

Título da pesquisa: Boas práticas de cuidados para melhorar a adesão, pelos idosos, ao tratamento da hipertensão arterial.

Instituição promotora: Universidade de São Paulo.

Pesquisador responsável: Ernandes Gonçalves Dias.

Endereço: Rua Maria Alves da Silva, 58, Icarai, Monte Azul-MG. CEP: 39.500-000

Fone(s): (38) 99234-7887 ou (38) 99192-1619

E-mail: nandesenf@usp.br

PESQUISA APROVADA ATRAVÉS DO PARECER Nº _____ EM ____/____/____

Atenção: Antes de autorizar a realização da coleta de dados junto aos enfermeiros dos serviços da Atenção Primária da cidade de Monte Azul-MG é importante que o responsável pela instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Este Termo descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- Objetivo: Analisar as estratégias, consideradas como boas práticas de cuidado, utilizadas pelos enfermeiros nos serviços de saúde de Atenção Primária à Saúde do município de Monte Azul-MG a fim de melhorar a adesão ao tratamento da hipertensão em idosos.

2- Metodologia/procedimentos: Considerando o problema a ser estudado e o objetivo a ser alcançado, a pesquisa será desenvolvida numa abordagem descritiva de natureza qualitativa. Para a realização da coleta dos dados, será necessário submeter os enfermeiros atuantes na Atenção Primária à Saúde do município de Monte Azul-MG aos procedimentos metodológicos deste trabalho, para o qual será aplicada uma entrevista semiestruturada, gravada em áudio, com roteiro composto por questões objetivas e subjetivas que versam sobre o perfil socioeconômico, atuação profissional e as estratégias usadas por estes profissionais para melhorar a adesão dos idosos aos tratamentos da HAS, ainda serão anotadas, após cada entrevista, as impressões e sensações do pesquisador observadas durante a entrevista. Os dados serão coletados pelo pesquisador no período de novembro de 2016 a janeiro de 2017, junto aos profissionais enfermeiros que aceitarem participar do estudo em dia, horário e local agendados pelo informante. Antes da entrevista cada informante receberá todas as informações necessárias sobre a pesquisa, para a compreensão da mesma. Após a entrevista ele deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando a utilização dos resultados do estudo.

3- Justificativa: A realização desta pesquisa é relevante, uma vez que poderá oferecer subsídios potenciais para inovar a assistência de enfermagem, orientar o manejo e acompanhamento da assistência prestada ao idoso portador de hipertensão para facilitar a assistência de enfermagem a este público que é crescente dentro das perspectivas brasileira.

4- Benefícios: Espera-se que os resultados encontrados neste estudo possibilitem reflexões por parte dos profissionais de saúde, gestores e usuários dos sistemas de saúde sobre a adesão dos idosos ao tratamento da HAS. Além disso, poderá fornecer elementos que orientem o planejamento da assistência a esta população, no sentido de implementar boas práticas de promoção à saúde, adesão ao tratamento e prevenção das complicações decorrentes da HAS. Os resultados poderão, ainda, contribuir na construção deste campo de conhecimento e orientar novos estudos nesta área.

Wanessa dos Anjos Dias
WANESSA DOS ANJOS DIAS
 Secretária Municipal de Saúde
 Monte Azul - MG

5- Desconfortos e riscos: De acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos. Neste caso, o pesquisador se compromete a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do participante da pesquisa, consequente a mesma, não previsto neste Termo de Consentimento. O desconforto previsto para o informante relaciona-se ao tempo despendido com a entrevista ou sentir-se desconfortável para responder algum item do roteiro de entrevista. Para minimizá-lo o participante será informado do tempo estimado antes do início da entrevista e poderá recusar-se a responder algum questionamento que se sinta constrangido.

6- Danos: Não é previsto nenhum tipo de dano.

7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Na impossibilidade da aplicação da entrevista na residência do participante poderá ser feita no local de trabalho com agendamento prévio.

8- Confidencialidade das informações: O acesso aos dados coletados na pesquisa será permitido apenas aos pesquisadores identificados e que fazem parte deste estudo, sendo, portanto, vetado o acesso aos dados a qualquer outra pessoa que não possua permissão formal para atuar neste estudo. O pesquisador responsável pela pesquisa conservará sob sua guarda os resultados com objetivo futuro de pesquisa. As informações obtidas serão usadas apenas para fins científicos, inclusive de publicação. No entanto, o entrevistado terá em qualquer situação, sua identidade preservada, garantindo a confidencialidade das informações fornecidas.

9- Compensação/indenização: Uma vez que não é previsto qualquer tipo de dano, também não é prevista nenhuma forma de indenização. No entanto, em qualquer momento, se o participante sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito a indenização e caso tenha algum gasto relacionado à pesquisa será ressarcido. Em ambas as situações as despesas serão custeadas pela equipe de pesquisadores.

10- Consentimento: Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando a minha autorização para realização da pesquisa com os enfermeiros atuantes nos serviços de saúde da Atenção Primária do município de Monte Azul-MG. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

Wanessa

 Wanessa dos Anjos Dias – Secretária Municipal de Saúde
 Nome e cargo do responsável pela instituição/empresa

WANESSA DOS ANJOS DIAS
 Secretária Municipal de Saúde
 Monte Azul - MG

 Assinatura do responsável pela instituição/empresa

26/09/2016

 Data

 Ernandes Gonçalves Dias
 Pesquisador responsável

Ernandes Gonçalves Dias

 Assinatura

28/09/2016

 Data

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Boas práticas de cuidados para melhorar a adesão, pelos idosos, ao tratamento da hipertensão arterial.

Pesquisador: Ernandes Gonçalves Dias

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60535616.0.0000.5146

Instituição Proponente: FUNDACAO PRESIDENTE ANTONIO CARLOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.792.183

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa a ser realizado com os onze (11) enfermeiros, atuantes nos serviços de saúde de Atenção Primária à Saúde de Monte Azul-MG. Para a coleta de dados será utilizada entrevista semiestruturada como técnica para captação do empírico, utilizando-se como instrumento um roteiro com questões norteadoras, a ser aplicada individualmente ao enfermeiro. Há previsão da coleta de dados pelo próprio pesquisador para o período de novembro de 2016 a janeiro de 2017, no local de escolha do enfermeiro, no período diurno, em dia e horário previamente agendados, considerando a disponibilidade do informante selecionado. As entrevistas serão transcritas na íntegra com o objetivo de honrar o pensamento e as opiniões de cada pessoa incluída nesta pesquisa. Os dados serão analisados mediante abordagem qualitativa. Para análise será usada a “Análise Temática” em nível semântico no paradigma realista, conforme orienta Braun e Clarke (2006).

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as estratégias, consideradas como boas práticas de cuidado, utilizadas pelos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Monte Azul-MG a fim de melhorar a adesão ao tratamento da hipertensão em idosos.

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Profº Darcy Rib

Bairro: Vila Mauricéia

CEP: 39.401-089

UF: MG

Município: MONTES CLAROS

Telefone: (38)3229-8180

Fax: (38)3229-8103

E-mail: smelocosta@gmail.com

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES**

Continuação do Parecer: 1.792.183

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

De acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos. Neste caso, o pesquisador se compromete a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do informante participante da pesquisa, consequente a mesma, não previsto no Termo de Consentimento. O desconforto previsto para o informante relaciona-se ao tempo despendido com a entrevista ou sentir-se desconfortável para responder algum item do roteiro de entrevista. Para minimizá-lo o participante será informado do tempo estimado antes do início da entrevista e poderá recusar-se a responder algum questionamento que se sinta constrangido.

Benefícios:

Espera-se que os resultados encontrados neste estudo possibilitem reflexões por parte dos profissionais de saúde, gestores e usuários dos sistemas de saúde sobre a adesão dos idosos ao tratamento da HAS. Além disso, poderá fornecer elementos que orientem o planejamento da assistência a esta população, no sentido de implementar boas práticas de promoção à saúde, adesão ao tratamento e prevenção das complicações decorrentes da HAS. Os resultados poderão, ainda, contribuir na construção deste campo de conhecimento e orientar novos estudos nesta área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa poderá oferecer subsídios para inovar a assistência de enfermagem, voltada para orientação quanto ao manejo e acompanhamento da assistência direcionada ao paciente idoso portador de HAS, oferecendo elementos para a proposição de um protocolo de atenção à saúde para facilitar a assistência de enfermagem.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou os termos obrigatórios de acordo com as recomendações da Resolução 466/2012.

Recomendações:

Apresentar relatório da pesquisa por meio da Plataforma Brasil em "Enviar Notificação".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se de acordo com a Resolução 466/2012.

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n - Camp. Univers. Profº Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES**

Continuação do Parecer: 1.792.183

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_802188.pdf	29/09/2016 16:19:28		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_Novo.pdf	29/09/2016 16:18:29	Ernandes Gonçalves Dias	Aceito
Outros	TCLE_Novo.pdf	29/09/2016 15:59:25	Ernandes Gonçalves Dias	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Ernandes_G_Dias.pdf	29/09/2016 15:37:07	Ernandes Gonçalves Dias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_USP_CEP_28_09_16.doc	29/09/2016 15:36:21	Ernandes Gonçalves Dias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/09/2016 15:35:56	Ernandes Gonçalves Dias	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MONTES CLAROS, 26 de Outubro de 2016

Assinado por:
Ana Augusta Maciel de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Prof. Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

APÊNDICE A – Roteiro para Entrevista Semiestruturada

Etapa 01

Identificação

Data da coleta: ____/____/____ Hora de início: ____:____ hora de término: ____:____

Nome do entrevistado: _____

Nome da Unidade de Saúde: _____

Endereço residencial: _____

Endereço da Unidade de Saúde: _____

Contato pessoal: () _____ E-mail: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Estado civil: _____

Etapa 02

Formação e exercício profissional

Titulação: _____

Tempo de formação na graduação: _____

Formação anterior na área de enfermagem: () auxiliar de enfermagem () técnico de enfermagem.

Experiência de trabalho na enfermagem: () Sim () Não Onde: _____

Tempo de atuação na função de enfermeiro no serviço da Atenção Básica: _____

Experiência prévia na Atenção Básica: () Não () Sim, descreva: _____

Etapa 03

Temas	Questões disparadoras
Características da população idosa, portadora de HAS, usuária da Unidade de Saúde: → Condições de vida/Estilo de vida → Escolaridade → Renda → Crenças → Condições de trabalho → Condições de saúde	- Onde e como os idosos portadores de HAS, sob sua responsabilidade de cuidados, vivem? Fale sobre as características dessa população em sua área de abrangência. - Quais as características sociodemográficas dos usuários portadores de HAS? - Qual o nível de instrução desses idosos? - Qual a renda dessas pessoas? - De onde vem esta renda? - E as características clínicas e seu contexto de vida? - Há crenças que influenciam na forma como você realiza seu trabalho? Fale um pouco sobre essas crenças. - Além da HAS, os idosos apresentam alguma outra

	<p>condição crônica de saúde? Qual?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresentam intercorrências relacionadas à HAS? - Fale sobre as intercorrências apresentadas pelos idosos portadores de HAS. - Com que frequência ocorrem? - O que você acha dessas intercorrências?
<p>Atendimento típico, ao idoso portador de HAS, em um dia normal na Unidade de Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> → Conteúdo → Local → Modo de realização → Relações que estabelece → Recursos utilizados → Horários 	<ul style="list-style-type: none"> - O que você considera um atendimento típico? Descreva como é realizado ao idoso portador de HAS. - Como se dá sua intervenção como o idoso? - Como estabelece o diálogo? - Qual o conteúdo tradicional de uma conversa? - Qual sua conduta de rotina? - O atendimento costuma ser de livre demanda ou agendados? - Como ocorrem os atendimentos por livre demanda e por agendamento? - Por quais motivos normalmente é solicitado atendimento? - O que você acha desta demanda/procura? - Onde e quando o atendimento é feito? - Quais recursos você dispõe para estes atendimentos?
<p>Apoio recebido da Rede Municipal de Serviços de Saúde para prestação de cuidados aos idosos portadores de HAS</p> <ul style="list-style-type: none"> → Estrutura de apoio → Autonomia no trabalho → Modo de realização → Treinamento/Capacitação → Comunicação 	<ul style="list-style-type: none"> - Existem Programas Municipais específicos para trabalhar a adesão de idosos portadores de HAS à terapêutica? - O que o município oferece como atenção ao idoso hipertenso? - Você tem autonomia e independência para realizar ações, implantar estratégias de intervenção com os idosos, portadores de HAS, voltadas ao melhoramento da adesão? - A Secretaria Municipal de saúde dá algum incentivo neste sentido? - Quais as condições oferecidas pela SMS para a implementação de ações para a adesão terapêutica de idosos com HAS? - Como incentiva? - Há treinamentos/capacitações neste sentido? - Com que frequência ocorre? - Quais temas são discutidos? - Há alguma meta em relação ao desenvolvimento de ações voltadas para adesão do idoso, portador de

	<p>HAS, à terapêutica?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que apoio você tem em caso de intercorrências durante o tratamento do idoso portador de HAS? - Como se dá o encaminhamento no serviço local? - Há sistema de referência e Contrarreferência? - Como ocorre? - Você tem apoio de outros profissionais na realização de estratégias para adesão dos idosos, portadores de HAS, aos tratamentos? - Fale sobre seu trabalho na interação com outros trabalhadores da equipe. - Como se dá a articulação entre as estratégias desenvolvidas pela enfermagem com outros Profissionais de Saúde da Unidade e da Secretaria Municipal de Saúde ou outros serviços? - Como acontece a comunicação aos trabalhadores da equipe sobre as estratégias desenvolvidas? Há reuniões, discussões sobre as estratégias desenvolvidas com a Rede de Serviços de Saúde? - Há participação da clientela alvo nas discussões e decisões? - O que se discute nas reuniões? - Quem coordena?
<p>Estratégias usadas para melhorar adesão dos idosos aos tratamentos da HAS</p> <ul style="list-style-type: none"> → Conteúdo → Autonomia no trabalho → Planejamento → Modo de realização → Relações que estabelece → Recursos utilizados → Horários/Local → Finalidades → Participação da equipe de trabalho e família → Registros das ações 	<ul style="list-style-type: none"> - Como percebe a adesão dos idosos ao tratamento da HAS? - Como aborda o usuário quando percebe baixa adesão? - Quais estratégias são usadas para melhorar a adesão dos idosos portadores de HAS aos tratamentos? - Quais estratégias usadas com os usuários com baixa adesão? - Como você estabelece uma relação para favorecer esta adesão? - Você tem autonomia e independência para desenvolver estas estratégias? - Como acontece a comunicação aos idosos portadores de HAS, das estratégias desenvolvidas? - Como são planejadas? - Como são realizadas as estratégias? - Que recursos você tem para desenvolvimento das estratégias planejadas? Em que momento ocorrem? - Há regularidade?

	<ul style="list-style-type: none"> - Há registros? - Você acredita que possui estrutura física adequada para o planejamento e desenvolvimento das estratégias? - São definidas prioridades para o desenvolvimento das estratégias? - Como? - Quais? - Percebe melhoria na adesão com o desenvolvimento destas estratégias? - Como você estabelece relação com o idoso e a família? - Quais pessoas que participam no planejamento e desenvolvimento das ações para melhorar a adesão terapêutica de idosos com HAS. - Como participam? - E a família? - Como participa?
<p>Avaliação das estratégias desenvolvidas para adesão do idoso, portador de HAS, aos tratamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> → Forma de avaliação → Local → Modo de realização → Recursos utilizados → Horários → Frequência → Limitações 	<ul style="list-style-type: none"> - Você avalia as estratégias desenvolvidas para adesão do idoso, portador de HAS, aos tratamentos? - Onde, quando e como é feita esta avaliação? - Existe alguma meta a ser atingida? - Como é esta meta? - Você discute com a equipe as estratégias que desenvolve? - Quais as principais dificuldades enfrentadas no desenvolvimento de estratégias para melhorar adesão do idoso, portador de HAS, aos tratamentos? - Com que frequência as estratégias são avaliadas?
<p>Mecanismos de controle da adesão do idoso ao tratamento da HAS</p> <ul style="list-style-type: none"> → Estratégias de controle → Modo de realização → Recursos utilizados → Periodicidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Existe algum mecanismo de controle da adesão do idoso, portador de HAS, ao tratamento? - Como você realiza a avaliação e controle da adesão de idosos ao tratamento? - Quando e como ocorre o controle? - Que meios são usados para controle de adesão aos tratamentos da HAS? - De que forma você acompanha se o idoso está cumprindo a terapêutica? - Qual a periodicidade do controle?
<p>Percepção sobre os cuidados destinados aos idosos portadores de HAS</p> <ul style="list-style-type: none"> → Percepção do atendimento 	<ul style="list-style-type: none"> - O que você entende ser um paciente como boa adesão? - Os cuidados/estratégias que você dispensa aos idosos portadores de HAS são suficientes para obter

→ Autoavaliação	<p>adesão aos tratamentos?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como você avalia os resultados alcançados em relação à adesão destes idosos? - Há aspectos que considera importantes na assistência a estes idosos e que necessita melhorias? - Como você avalia seu trabalho voltado aos idosos portadores de HAS, no sentido de melhorar a adesão aos tratamentos?
Espaço para livre expressão	<ul style="list-style-type: none"> - Você gostaria de dizer alguma coisa que não tenha sido abordado?

Obrigado por sua participação.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: Boas práticas de cuidados para melhorar a adesão, pelos idosos, ao tratamento da hipertensão arterial

Instituição promotora: Faculdade Presidente Antônio Carlos de Porteirinha.

Pesquisador responsável: Ernandes Gonçalves Dias.

Endereço: Rua Maria Alves da Silva, 58, Icarai, Monte Azul-MG. CEP: 39.500-000

Fone(s): (38) 99234-7887 ou (38) 99192-1619

E-mail: nandesenf@usp.br

Caro Participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada Boas práticas de cuidados para melhorar a adesão, pelos idosos, ao tratamento da hipertensão arterial, que se refere a um projeto de Mestrado do participante Ernandes Gonçalves Dias do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

O objetivo deste estudo é analisar as estratégias, consideradas como boas práticas de cuidado, utilizadas pelos enfermeiros nos serviços de saúde de Atenção Primária a Saúde do município de Monte Azul-MG a fim de melhorar a adesão ao tratamento da hipertensão em idosos. Os resultados poderão oferecer subsídios potenciais para inovar a assistência de enfermagem, orientar o manejo e acompanhamento da assistência prestada ao idoso portador de hipertensão para facilitar a assistência de enfermagem a este público que é crescente dentro das perspectivas brasileira.

Sua forma de participação consiste em responder uma entrevista semiestruturada, gravada em áudio, com roteiro composto por questões objetivas e subjetivas que versam sobre o perfil socioeconômico, atuação profissional e as estratégias que você usa para melhorar a adesão dos idosos aos tratamentos da HAS, ainda serão anotadas, após cada entrevista, as impressões e sensações do pesquisador observadas durante a entrevista. Os dados serão coletados pelo pesquisador no período de novembro de 2016 a janeiro de 2017 em dia, horário e local agendados por você. Antes da entrevista você receberá todas as informações necessárias sobre a pesquisa, para a compreensão da mesma. Após a entrevista você deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando a utilização dos resultados do estudo. Os dados coletados serão interpretados mediante “Análise Temática”. Ressalta-se que todas as gravações serão desfeitas após a conclusão da pesquisa.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não será cobrado valor algum para a execução desta pesquisa, não haverá gastos e não estão previstos ressarcimentos ou indenizações. No entanto, em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização e caso tenha algum gasto relacionado à pesquisa terá o seu ressarcimento.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como previsível. O desconforto previsto relaciona-se ao tempo despendido com a entrevista ou sentir-se desconfortável para responder algum item da entrevista. Para minimizá-lo você será informado do tempo estimado antes do início, assim como poderá recusar-se a responder algum questionamento caso se sinta constrangido. O pesquisador se compromete a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do informante participante da pesquisa.

Os benefícios esperados por sua participação são indiretos. Os resultados encontrados neste estudo possibilitarão reflexões por parte dos profissionais de saúde, gestores e usuários dos sistemas de saúde sobre a adesão dos idosos ao tratamento da HAS. Além disso, poderá

fornecer elementos que orientem o planejamento da assistência a esta população, no sentido de implementar boas práticas de promoção à saúde, adesão ao tratamento e prevenção das complicações decorrentes da HAS. Os resultados poderão, ainda, contribuir na construção deste campo de conhecimento e orientar novos estudos nesta área.

Gostaria de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado.

Desde já, agradeço sua atenção e participação e coloco-me à disposição para maiores informações.

Você ficará com uma via original deste Termo e em caso de dúvida(s) e necessite de outros esclarecimentos sobre esta pesquisa você poderá entrar em contato com o pesquisador principal, Ernandes Gonçalves Dias no Endereço: Rua Maria Alves da Silva, 58, Icaraí, Monte Azul ou pelos telefones (38) 99192-1619; (38) 99234-7887 ou ainda pelo e-mail: nadesenf@usp.br. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, que tem a finalidade de proteger eticamente o participante da pesquisa. Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) na Av. Dr. Rui Braga, s/n., Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro. Vila Mauricéia, Montes Claros-MG. **Telefone: (38) 3229-8180** ou **e-mail: smelocosta@gmail.com**.

CONSENTIMENTO

Eu, _____ confirmo que Ernandes Gonçalves Dias explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Monte Azul-MG, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do participante da pesquisa

Eu, Ernandes Gonçalves Dias obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do informante da pesquisa ou representante legal para a participação na pesquisa.

Assinatura do membro da equipe que apresentar o TCLE

Identificação e assinatura do pesquisador responsável