

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

ROSIMEIRE FONTES DE QUEIROZ

**CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA A
INTEGRALIDADE DO CUIDADO AS PESSOAS IDOSAS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

**Florianópolis
2015**

ROSIMEIRE FONTES DE QUEIROZ

**CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA A
INTEGRALIDADE DO CUIDADO AS PESSOAS IDOSAS COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Tese de Doutorado em Enfermagem apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Enfermagem e Saúde, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ângela Maria Alvarez.

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria do Socorro da Costa Feitosa.

**Florianópolis
2015**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Queiroz, Rosimeire Fontes

Contribuições da enfermagem para a integralidade do cuidado as pessoas idosas com hipertensão arterial. / Rosimeire Fontes Queiroz ; orientador, Ângela Maria Alvarez ; coorientador, Maria do Socorro da Costa Feitosa. - Florianópolis, SC, 2015.
155 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. 3. Hipertensão Arterial. 4. Assistência à Saúde. 5. Idoso. I. Alvarez, Ângela Maria . II. Feitosa, Maria do Socorro da Costa. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

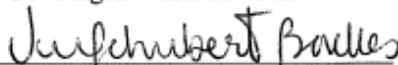
ROSIMEIRE FONTES DE QUEIROZ

CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO ÀS PESSOAS IDOSAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL.

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de: DOUTOR EM ENFERMAGEM

E aprovada em sua versão final em 09 de junho de 2015, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração: Filosofia e Cuidado em Enfermagem e Saúde.

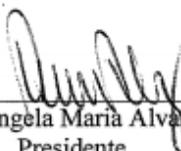
Orientadora: Dra. Dr^a. Ângela Maria Alvarez.



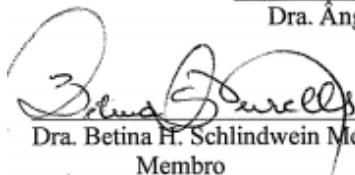
Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC – PEN/UFSC

Banca Examinadora:



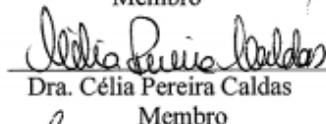
Dra. Ângela Maria Alvarez
Presidente



Dra. Betina H. Schlindwein Meirelles
Membro



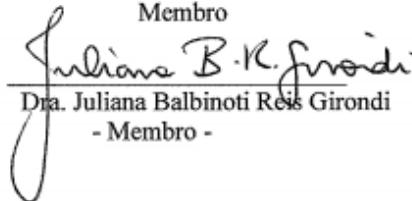
Dra. Marité Inês Argenta
Membro



Dra. Célia Pereira Caldas
Membro



Dra. Sílvia Maria Azevedo dos Santos
Membro



Dra. Juliana Balbinoti Reis Girondi
- Membro -

Dedico este trabalho ao meu esposo
Raimundo e meus queridos filhos
Sofia e José Iago, razão maior do meu
existir.

AGRADECIMENTOS

Ao terminar o presente estudo quero expressar meu reconhecimento e minha gratidão a todas as pessoas que me acompanharam ao longo desta jornada do doutoramento. Muitas estiveram presentes nesta trajetória, apoiando-me em alguns momentos, contribuindo direta ou indiretamente na construção deste sonho, às quais externo aqui meus agradecimentos, em especial:

A Deus, pela oportunidade de viver e por sua infinita bondade em me proporcionar momentos ricos de aprendizagem e experiências. Sinto-me abençoada por atingir meus objetivos, e por ter a oportunidade de conhecer e conviver com pessoas maravilhosas no meu caminho.

A minha orientadora, Professora Doutora Ângela Maria Alvarez, pelos anos de convivência e de parceria, confiança, compreensão, ensinamentos e apoio fundamentais durante todo o processo de criação desta tese.

Às Professoras Doutoras Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt e Juliana Balbinot Reis Girond, pelo acolhimento, convivência, apoio e estímulo durante minha trajetória, incentivando-me e aliviando minha caminhada.

À Universidade Federal de Santa Catarina, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, a todos os docentes e técnicos administrativos pela dedicação e pelo empenho. Aos colegas do Doutorado, em especial à amiga Heloíza Renno, que foi um presente de Deus nesta caminhada.

Aos membros da banca examinadora, pelas valiosas contribuições, dispondo-se a ler, ouvir e debater, somando ideais e pontos de vista, pela disponibilidade e atenção.

À Professora Maria do Socorro Costa da Silva Feitosa, co-orientadora, pelo incentivo para que eu prosseguisse nessa trajetória, pelas valiosas contribuições e pela disponibilidade sempre presente.

Às colegas e amigas do Grupo GESPI, pelo companheirismo e amizade, compartilhando alegrias e dificuldades. Obrigada especialmente a Rafaela Vivian Valcarenghi, Simony Nunes, Luciane Oliveira, Andreise Tomasi, Josiane Steil, Rafaela Baptista, Fernanda Pires, Cynthia Vieira, Luciana Lourenço.

Aos amigos “Dinterianos”: Lauriana, Luiz, Jonas, Sheila, Elizângela, Luciane, Wanessa, Edilene, Kátia, Cláudia, Simone, Cristiane, pelo companheirismo, torcida e estímulo.

Aos informantes deste estudo, fundamentais colaboradores, pela oferta do seu pensar sobre o lidar com o idoso hipertenso no âmbito da

Estratégia Saúde da Família e por compartilharem suas vivências comigo, agradeço pela confiança, pelo carinho e pela paciência.

A meus pais, Pedro Evaristo Fontes de Queiroz e Maria do Carmo Fontes, pela vida, pelos ensinamentos, pela dedicação, pela torcida e por tudo o que me proporcionaram para me possibilitar a concretização deste sonho.

A meus irmãos: Aluísio, Ivanilda, Gracinha, Dorotéia e Cely, pelo estímulo em percorrer essa trajetória; em especial à Cecília, por sempre me apoiar com seu jeitinho nos momentos difíceis; às minhas cunhadas e aos cunhados, pelo apoio, amor e incentivo.

Aos casais amigos: Manoel Miranda Júnior e Maria Aurení de Lavor Miranda; e Fernando de Lima Silva e Albanisa Sena Silva, companheiros-irmãos de longa data, presente que a vida me deu, por escutar minhas angústias, por me dar conforto e estímulo.

A meu esposo José Raimundo Leite de Freitas, pela força, dedicação em cuidar tão bem de nossos filhos e por sempre me apoiar durante meu doutoramento, sendo pai e mãe nas minhas longas ausências, dando-me a tranquilidade para prosseguir nas tarefas e suportar a distância de casa e dessa família que tanto amo. Por ser essa pessoa muito especial, muito obrigada!

À Lia Rosa Leal e Ligia Leal, que foram minha família em Florianópolis durante esta caminhada, obrigada pela amizade e pelo carinho.

Às minhas queridas alunas Mayara da Costa Teixeira, pelas contribuições relevantes neste estudo; e Amanda Louise de Medeiros França, pelo apoio e capricho na formatação do trabalho.

Aos demais familiares e amigos, por acreditarem na realização deste sonho e pelas orações; e aos meus sobrinhos, pelos momentos doces e felizes da vida.

Muito obrigada!

QUEIROZ, Rosimeire Fontes. **Contribuições da enfermagem para a integralidade do cuidado as pessoas idosas com hipertensão arterial**. 2015. 155 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

RESUMO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) relacionam-se a um tema de grande relevância, pois seu aumento é notável na realidade brasileira. Dentre elas, a Hipertensão Arterial (HA) na pessoa idosa merece atenção por suas características psicossociais. O estudo teve como objetivo geral: Compreender as percepções dos trabalhadores de enfermagem sobre a pessoa idosa com hipertensão arterial no âmbito da ESF em um distrito sanitário de Natal/RN. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória descritiva. Os participantes do estudo foram 20 trabalhadores de enfermagem, tendo como cenário a ESF. Os dados foram coletados no período de março a julho de 2014, por meio de entrevistas semiestruturadas que foram gravadas e transcritas. Os dados foram analisados combinando a análise de conteúdo com o software Atlas.Ti 7.0. Em relação aos aspectos éticos, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina com parecer favorável de nº 551.146/2014, sendo também autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde; os participantes tiveram conhecimento dos objetivos propostos no estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados evidenciaram o fenômeno central: “Contribuições da enfermagem para a integralidade do cuidado as pessoas idosas com hipertensão arterial, que é sustentado por sete categorias: Capacidade funcional comprometida; Condições adversas para o cuidado na família; Descuido da família com o idoso hipertenso; Processo de cuidado de enfermagem; Promoção da saúde; Elementos que favorecem o cuidado ao idoso hipertenso; Processos que dificultam o cuidado ao idoso hipertenso; Inexistência de intersetorialidade; e descontinuidade do cuidado na rede assistencial. A articulação entre essas categorias mostra a complexidade da vivência com essa condição crônica. Os achados são apresentados em forma de três manuscritos: “O idoso hipertenso segundo trabalhadoras de enfermagem”; “Significados atribuídos ao cuidado do idoso hipertenso: um estudo com trabalhadores de enfermagem” e “A assistência ao idoso hipertenso no âmbito da ESF segundo trabalhadores de enfermagem.” Com base em tais resultados, sustenta-se a tese “As percepções das trabalhadoras de enfermagem

acerca das pessoas idosas com hipertensão arterial influenciam na atenção integral e nas ações de cuidado que promovem a saúde e a prevenção das complicações decorrentes.” Acredita-se que o estudo fornecerá informações relevantes que poderão influenciar o manejo dessa condição crônica na pessoa idosa na atenção primária. O resultado deste estudo é importante para os profissionais de enfermagem, pois o conhecimento dessa vivência os mantém atentos não só às características e às manifestações clínicas da doença, mas também às subjetividades que permeiam essa condição crônica e as necessidades individuais do idoso hipertenso. Nesse sentido, a enfermagem tem papel primordial no vínculo e na assistência à pessoa idosa com hipertensão e com sua família, fortalecendo ações, atividades de promoção da saúde por meio do reconhecimento de suas necessidades e o planejamento de ações na atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Hipertensão Arterial. Assistência à Saúde. Enfermagem. Idoso.

QUEIROZ, Rosimeire Fontes. **Contributions of nursing for the comprehensiveness of care of older people with arterial hypertension.** 2015. 155 p. Thesis (Doctorate in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

ABSTRACT

The Chronic Noncommunicable Diseases (CNCDS) relate to a very important issue because its increase is remarkable in the Brazilian reality. Among them, arterial hypertension (HA) in the elderly deserves attention for its psychosocial characteristics. The study aimed to: understand the perceptions of nursing staff about the elderly person with high blood pressure within the ESF in a health district of Natal/RN. It is a qualitative research of descriptive exploratory type. Study participants were 20 nursing workers, against the backdrop of the ESF. Data were collected from March to July 2014 through semi-structured interviews that were recorded and transcribed. Data were analyzed by combining content analysis with the software ATLAS.ti 7.0. Regarding the ethical aspects, the research project was approved by the Ethics Committee on Human Research of the Federal University of Santa Catarina with a favorable opinion of No. 551,146/2014, and is also authorized by the Municipal Health; participants were aware of the objectives proposed in the study and signed the Informed Consent and Informed (IC). The data showed the central phenomenon: "Contributions of nursing for the comprehensive care of older people with high blood pressure, which is supported by seven categories: compromised functional capacity; Adverse conditions for care in the family; Family neglect of the elderly hypertensive; Nursing care process; Health promotion; Elements that favor the care of the elderly hypertensive; Processes that hinder the care of elderly hypertensive; Intersectionality of absence; and discontinuity of care in the health care network. The link between these categories shows the complexity of living with this chronic condition. The findings are presented in the form of three manuscripts: "The elderly hypertensive second nursing professionals"; "Meaning attributed to the care of hypertensive elderly: a study of nursing staff" and. "The care of the elderly hypertensive under the ESF second nursing workers" Based on these results, holds up the thesis "Perceptions of worker Nursing about older people with high blood pressure influence the comprehensive care and the care actions that promote health and the prevention of complications. "It is believed that the study will provide

relevant information that may influence the management of this chronic condition in the elderly in primary care. The result of this study is important for nursing professionals, because knowledge of this experience keeps them aware not only the characteristics and clinical manifestations of the disease, but also to the subjectivities that permeate this chronic condition and individual needs of the elderly hypertensive. In this sense, nursing has key role in the bond and elder care with hypertension and his family, strengthening actions, health promotion activities by recognizing their needs and planning actions in primary health care.

Palavras-chave: Chronic Disease. Hypertension. Delivery of Health Care. Nursing. Aged.

QUEIROZ, Rosimeire Fontes. **Aportes de enfermería para la atención integral de los ancianos con hipertensión arterial**. 2015. 155 p. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

RESUMEN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se refieren a un tema muy importante, ya que su aumento es notable en la realidad brasileña. Entre ellos, la hipertensión arterial (HA) en los ancianos merece atención por sus características psicosociales. El estudio tuvo como objetivo: comprender las percepciones del personal de enfermería acerca de la persona de edad avanzada con la presión arterial alta en el ESF en un área sanitaria de Natal/RN. Se trata de una investigación cualitativa de tipo exploratorio descriptivo. Los participantes del estudio fueron 20 trabajadores de enfermería, en el contexto del ESF. Se recogieron datos de 03 hasta 07, 2014 a través de entrevistas semiestructuradas que fueron grabadas y transcritas. Los datos se analizaron mediante la combinación de análisis de contenido con el software ATLAS.ti 7.0. En cuanto a los aspectos éticos, el proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Federal de Santa Catarina con un dictamen favorable del número 551.146/2014, y también está autorizado por el Municipal de Salud; los participantes eran conscientes de los objetivos propuestos en el estudio y firmaron el Consentimiento Informado Informado (CI). Los datos mostraron el fenómeno central: "Aportes de enfermería para la atención integral de las personas mayores con presión arterial alta, que es apoyado por siete categorías: en peligro la capacidad funcional; Las condiciones adversas para el cuidado de la familia; El abandono de la familia de los hipertensos de edad avanzada; Proceso de atención de enfermería; Promoción de la salud; Elementos que favorecen el cuidado de los hipertensos de edad avanzada; Los procesos que dificultan el cuidado de ancianos hipertensos; Interseccionalidad de la ausencia; y la discontinuidad de la atención en la red de atención de salud. El vínculo entre estas categorías muestra la complejidad de vivir con esta condición crónica. Los resultados se presentan en forma de tres manuscritos: "Los ancianos profesionales de enfermería segundo hipertensos"; "El significado

atribuido al cuidado de ancianos hipertensos: un estudio del personal de enfermería". Y "El cuidado de los ancianos hipertensos bajo las FSE trabajadores segundo enfermería" Sobre la base de estos resultados, sostiene la "Percepción de la tesis de trabajador Enfermería sobre las personas mayores con presión arterial alta influir en la atención integral y las acciones de atención que promueven la salud y la prevención de complicaciones "Se cree. que el estudio proporcionará información relevante que pueda influir en el manejo de esta condición crónica en las personas mayores en atención primaria. El resultado de este estudio es importante que los profesionales de enfermería, ya que el conocimiento de esta experiencia los mantiene al tanto no sólo las características y manifestaciones clínicas de la enfermedad, sino también a las subjetividades que impregnan esta condición crónica y las necesidades individuales de los hipertensos de edad avanzada. En este sentido, la enfermería tiene un papel clave en el vínculo y el cuidado de ancianos con hipertensión y su familia, el fortalecimiento de las acciones, actividades de promoción de la salud mediante el reconocimiento de sus necesidades y la planificación de acciones en la atención primaria de salud.

Palavras-chave: Enfermedad Crónica. Hipertensión. Prestación de Atención de Salud. Enfermería. Anciano.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BDENF	Banco de Dados em Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNESNet	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDI	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
A	Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAEVPI	Plano de Ação para Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa
PEA	População Economicamente Ativa
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra no Domicílio
PNI	Política Nacional do Idoso
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	21
1 INTRODUÇÃO	23
1.1 OBJETIVO GERAL	29
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
2 REVISÃO DE LITERATURA	31
2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	31
2.2 CONDIÇÕES DE CRONICIDADE	34
2.3 AS PERCEPÇÕES SOBRE ENVELHECIMENTO E SAÚDE	36
2.5 PROFISSIONAIS DE SAÚDE, CONDIÇÕES CRÔNICAS E HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	40
3 REFERENCIAL TEÓRICO	43
3.1 A INTEGRALIDADE E AS DOENÇAS CRONICAS NÃO TRANSMISSIVEIS	43
3.2 REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE.....	45
3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (APS) – CENTRO DE COMUNICAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO.....	49
4 METODOLOGIA	53
4.1 CENÁRIO DO ESTUDO.....	54
4.2 PARTICIPANTES	55
4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS ...	56
4.3.1 Técnica de coleta de dados	56
4.3.2 Aspectos Éticos	56
4.3.3 Técnica de análise dos dados	57
5 RESULTADOS	61
5.1 MANUSCRITO 1 – PERCEPÇÕES DO IDOSO HIPERTENSO SEGUNDO TRABALHADORES DE ENFERMAGEM.....	63
5.2 MANUSCRITO 2 – SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS AO CUIDADO DO IDOSO HIPERTENSO: UM ESTUDO COM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM.....	85

5.3 MANUSCRITO 3 PERCEPÇÕES DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO HIPERTENSO NO ÂMBITO DA ESF SEGUNDO TRABALHADORES DE ENFERMAGEM.....	105
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
APÊNDICES	147
ANEXOS.....	151

APRESENTAÇÃO

Estudar os temas saúde da família e a pessoa idosa com hipertensão constitui o principal desafio desta pesquisa, pois é importante observar que a maioria dos estudos realizados no campo da saúde da família e da saúde da pessoa idosa revela a necessidade de compreender as estratégias de cuidado no contexto das relações e suporte familiar e destas com os serviços de saúde.

Assim, busca-se conhecer algumas questões acerca das percepções sobre a pessoa idosa com hipertensão arterial segundo trabalhadores de enfermagem no âmbito da ESF no município de Natal. O estudo vincula-se academicamente ao Grupo de Estudos sobre Cuidado de Saúde de Pessoas Idosas (GESPI) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Está organizado e estruturado da seguinte forma:

No Capítulo I - As considerações iniciais sobre a Hipertensão Arterial (HA) na pessoa idosa, objeto da pesquisa, a justificativa para a sua realização, a questão norteadora, a Tese a ser defendida neste estudo e o objetivo proposto.

Capítulo II - A revisão de literatura, uma contextualização sobre envelhecimento populacional, Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

No Capítulo III - O referencial teórico apresenta a Integralidade e as doenças crônicas.

No Capítulo IV - A metodologia apresenta cenário do estudo, atores sociais, procedimentos de coleta e análise dos dados.

No Capítulo V – A apresentação dos manuscritos, uma descrição sucinta dos resultados para que o leitor tenha uma compreensão geral dos achados da pesquisa, conforme estabelece a Instrução Normativa nº 10, de 15 de junho de 2011, do PEN/UFSC.

O Capítulo VI - Corresponde às considerações finais, em que são apresentados o alcance dos objetivos da pesquisa por meio de uma síntese dos resultados, assim como as contribuições e limitações do estudo e recomendações para prática, ensino e pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

O aumento de idosos na população acarreta aumento na visibilidade de algumas doenças, em especial as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2011). Dentre elas, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um problema de saúde pública no Brasil, afeta mais de 30 milhões de brasileiros (36% dos homens adultos e 30% das mulheres) e é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento das Doenças Cardiovasculares, com destaque para o Acidente Vascular Encefálico (AVE) e o Infarto do Miocárdio, as duas maiores causas isoladas de morte no país (VI DBH, 2010). Entre as pessoas idosas, a HAS é uma doença altamente prevalente, acometendo 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária, é fator determinante de morbidade e mortalidade, mas quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e incapacidades nos idosos (BRASIL, 2007). Segundo Brandão et al. (2006, p. 460) a hipertensão arterial no envelhecimento caracteriza-se por:

O mecanismo básico que explica o progressivo aumento da pressão sistólica observado com a idade é a perda da distensibilidade da elasticidade dos vasos de grande capacitância, resultando em aumento de velocidade da onda de pulso. Nessa circunstância a pressão diastólica tende a ficar normal ou até mesmo baixa, devido à redução da complacência dos vasos de grande capacitância.

A hipertensão arterial, especialmente a elevação da HAS e da pressão de pulso, representa importante fator de risco cardiovascular para os indivíduos idosos. A diminuição da pressão arterial tem-se mostrado efetiva em reduzir eventos cardiovasculares fatais e não fatais. No entanto, o maior desafio ainda é o grande número de idosos hipertensos não tratados ou sem controle adequado. Em pleno século XXI, esse desafio ganha magnitude com o expressivo aumento da população idosa, que tende a crescer de maneira significativa (BRANDÃO et al., 2006).

As diretrizes para o tratamento da hipertensão arterial se apoiam em dois métodos terapêuticos: orientações, objetivando a mudança do estilo de vida, e a utilização de fármacos. Para tanto, preconiza-se uma abordagem multiprofissional ao hipertenso, constituída por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas,

psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde (VI SBH, 2010). E sendo a pressão arterial elevada uma doença crônica, o tratamento perdurará por toda a vida, sendo necessária não apenas a orientação, mas uma contínua motivação da equipe de saúde, do cliente e de sua família.

Estamos diante de uma população longeva, com alto percentual de hipertensão arterial, que necessita de apoio e cuidado familiar com demandas de cuidados na condução de seu tratamento, aquisição de medicamentos, acompanhamento às consultas e exames periódicos, orientações com a dieta e encaminhamento em situações de crise hipertensiva. E, por sua elevada prevalência na população brasileira, as condições cardiovasculares são responsáveis por grande número de mortes no país. A associação de outros fatores de risco, como sobrepeso/obesidade, diabetes mellitus, dislipidemia, tabagismo e hipertrofia ventricular esquerda aumenta progressivamente o risco para as doenças cardiovasculares. Para Brandão et al. (2006, p.465),

As modificações no estilo de vida devem ser estimuladas em todos os indivíduos como medida de promoção da saúde e são obrigatórias na abordagem de qualquer indivíduo hipertenso e naqueles com a PA na faixa de normal limítrofe. Na hipertensão leve elas podem representar a única modalidade de tratamento por período variável de acordo com os riscos cardiovasculares do indivíduo.

O aumento da população idosa portadora de hipertensão demanda crescente capacitação dos profissionais para a atenção à saúde e ao cuidado específico dessa população, considerando suas especificidades. Eles apresentam características de uma faixa etária que requer cuidados diferenciados. O cuidado de enfermagem à pessoa idosa com HAS envolve um contexto permeado pelos aspectos culturais, o que inclui a família, a rede de suporte social, a rede de relacionamento, as interações, as condições de vida e a da comunidade e desenvolve-se na perspectiva de buscar a promoção da saúde.

No cuidado à pessoa idosa portadora de HAS, a ênfase na promoção da saúde é entendida como a busca pela modificação do estilo de vida, adequando as possibilidades do idoso à realidade de sua vivência, com a transformação dos processos individuais e ou coletivos,

e a tomada de decisão para que sejam desenvolvidas ações predominantemente favoráveis à qualidade de vida.

Assim as relações entre profissionais e pacientes crônicos demandam renovadas ferramentas e exercícios de criatividade no seu processo educativo. De modo geral, as pessoas em condições crônicas requerem cuidado distinto, o qual se constitui num leque de ações diversificadas e de longa duração (TRENTINI; PAIM; GUERREIRO, 2014).

A atenção à saúde da pessoa idosa nos serviços que compõem a atenção primária, quer por demanda espontânea, quer por busca ativa, deve construir um processo diagnóstico multidimensional. Esse diagnóstico é influenciado por diversos fatores, como: o ambiente no qual o idoso vive; a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/familiares; o histórico clínico; e aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais (BRASIL, 2007).

Os profissionais de saúde da Atenção Primária em Saúde (APS) têm primordial importância nas estratégias de controle da hipertensão arterial, na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso por meio de ações individuais ou coletivas, incentivando o autocuidado, mudanças no estilo de vida e promovendo a adesão ao tratamento (BRASIL, 2006).

As doenças cardiovasculares são importante consequência do envelhecimento da população mundial, constituindo a principal causa de óbito entre os idosos. A presença de hipertensão e diabetes nesse segmento etário merece atenção, devido à maior vulnerabilidade que traz consigo quando as complicações cardiovasculares e cerebrovasculares se associam com as condições clínicas e outros fatores de risco que se acumulam ao longo do tempo (ROMERO, *et al.* 2010). Contudo, esse grave comprometimento de saúde pode ser reduzido por meio de intervenções de prevenção de doenças e promoção e recuperação da saúde por meio do controle das chances de risco de eventos indesejáveis.

Espera-se oferecer à pessoa idosa e sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores, quando existentes, uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, respeitando a cultura local, as diversidades do envelhecer e o acesso ao serviço de saúde. A adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis é importante em todos os estágios da vida e influenciará o envelhecimento ativo (BRASIL, 2007).

No entanto, no cotidiano das unidades de saúde observam-se poucas ou quase nenhuma oferta de ações voltadas para a promoção da saúde do idoso. Na maioria das vezes, os idosos são rotulados com o nome de alguma patologia, e apenas são assistidos se desenvolverem hipertensão arterial ou diabetes ou outra doença que se encaixe num leque de atividades sempre voltadas para o adoecimento (GUIMARÃES et al., 2013).

Espera-se que os profissionais de saúde se apropriem do seu processo de trabalho com autonomia e que implantem as políticas públicas no contexto social da comunidade por meio da educação em saúde com envolvimento da equipe multiprofissional e da população, intervindo nas mudanças de comportamento para enfrentar essa condição de cronicidade, criando alternativas viáveis e compatíveis com a realidade local. O manejo adequado da HAS em todos os níveis de atenção à saúde aumenta as chances de evitar sequelas e complicações da doença, assim como os efeitos sociais e econômicos adversos, garantindo aos hipertensos o atendimento integral preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário. No Brasil, o debate sobre Rede de atenção à Saúde (RAS) adquiriu ênfase a partir do Pacto pela Saúde e seus desdobramentos, sendo a Rede a estratégia essencial para consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade, efetivando-se em três dimensões: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão (BRASIL, 2010).

Contudo, na organização da atenção à saúde dos hipertensos praticada pelo SUS, observa-se que os profissionais não têm seguido as diretrizes clínicas relativas ao controle da HAS, formuladas a partir da medicina baseada em evidências. Isso significa que a implantação do programa de hipertensão arterial é feito com grande variabilidade, já que não são seguidos dos parâmetros definidos em diretrizes clínicas que sejam de conhecimento dos profissionais de saúde encarregados de executar o programa nas unidades de saúde. Ao longo do tempo, essa forma de enfrentar a hipertensão arterial focada nos seus momentos de agudização levará às doenças cardiovasculares às doenças renais crônicas e ao diabetes. Ademais, a ausência de uma concepção sistêmica de rede de atenção à saúde gera soluções econômicas inaceitáveis (MENDES, 2011).

O acompanhamento contínuo dos idosos hipertensos poderá evitar o surgimento e a progressão de complicações, reduzindo internações hospitalares e mortalidade relacionada a esses agravos. As

necessidades da pessoa idosa, como dificuldade de memorização e déficits auditivos e visuais, associados à baixa escolaridade, requerem do enfermeiro competências específicas para cuidar desse segmento etário, tendo em vista a baixa adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo. A relevância do papel do enfermeiro nesse contexto é indiscutível, porquanto lhe cabe desde a preservação e manutenção da capacidade funcional do idoso, até as orientações de cuidado à família nas condições de adoecimento do seu idoso durante a visita domiciliar e na prevenção de agravos (CLARES et al., 2011).

Para Ducan et al. (2013), as equipes de Atenção Primária a Saúde (APS) devem coordenar os cuidados das pessoas que utilizam os serviços, incluindo ficar atentas aos protocolos e linhas de cuidados locais, vigiar as listas de pacientes com determinadas doenças crônicas, para monitorar se estão recebendo os cuidados como deveriam, assegurar que receberam as consultas ou exames para os quais foram encaminhados, bem como garantir uma boa comunicação com os demais especialistas que acompanham os pacientes, integrando as intervenções dos diferentes especialistas num plano de cuidado que leve em conta as particularidades de cada paciente.

Para garantir o acesso dos usuários, deve-se enfrentar as barreiras, como, por exemplo, formas burocráticas de agendamento ou limitação do atendimento a grupos prioritários. Para manter a longitudinalidade do cuidado, deve-se garantir que o atendimento seja feito prioritariamente pela equipe que acompanha esse usuário. Uma ferramenta de grande valor é a organização de um registro das consultas que permite acompanhar os pacientes ao longo do tempo, seja para cuidados preventivos, consultas de rotina relacionadas à sua condição crônica, ou para intercorrências ou condições agudas. De acordo com Ducan et. al. (2013, p. 896),

esse registro das consultas deve, de preferência, ocorrer em um prontuário eletrônico equipado com ferramentas que tornem mais prático o cuidado longitudinal dos usuários com renovação de receitas, visualização de exames prévios, alerta para cuidados preventivos pendentes e acompanhamento das referências e contrarreferências, bem como o registro de atividades coletivas das quais o paciente já participou.

Para Mendes (2011), o controle da HAS na APS é definido como prioridade, embora o número de portadores de hipertensão cadastrados

no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) seja baixo em relação à população de hipertensos estimada epidemiologicamente. Não se faz um plano de cuidado para cada portador de hipertensão arterial. Em geral, nas unidades de APS são insuficientes as ações de promoção da saúde e de enfrentamento de fatores de risco, tais como: alimentação inadequada, sobrepeso e obesidade, inatividade física, consumo abusivo de álcool, estresse social e tabagismo, sendo o manejo clínico centrado fortemente na terapia medicamentosa.

Diante desse contexto, o acesso às informações e a medicamentos tem-se mostrado importante, mas insuficiente para permitir o controle da hipertensão, pois as pessoas trazem consigo experiências e conhecimentos prévios que influenciam sua maneira de agir frente à doença. Por sua origem multifatorial associada a fatores genéticos e ambientais, a compreensão da hipertensão arterial tem sido objeto de vários estudos, contribuindo para seu acompanhamento.

A valorização dos saberes e práticas dos profissionais ampliam-se principalmente quando são atribuídos significados às expressões de subjetividade dos usuários dos serviços de saúde sobre seu próprio adoecimento. Segundo Paim (2014, p. 2), “a experiência no trabalho em cronicidade tem mostrado que o olhar profissional a essas situações de adoecimento é em si mesmo, um complexo conjunto de diferentes instâncias: orgânicas, psíquica, social e familiar”.

Os sentimentos e os comportamentos acompanham os profissionais de enfermagem e podem ser vistos como uma própria expressão da realidade vivida por essas trabalhadoras. Assim sendo, cabe buscar compreender as subjetividades trazidas pelos trabalhadores de enfermagem e tentar aproximar o discurso da saúde para que haja comunicação compreensiva e que se valorizem os conhecimentos dessas pessoas assim como suas percepções da pessoa idosa com hipertensão arterial. Esses elementos influenciam as ações de cuidado, possibilitando informações pertinentes para o campo da saúde e subsidiando positivamente ou negativamente a promoção da saúde e a prevenção das doenças.

Assim nesse estudo defende-se a tese de que: As percepções dos trabalhadores de enfermagem da estratégia saúde da família, acerca das pessoas idosas com hipertensão arterial, influenciam na atenção integral e nas ações de cuidado que promovem a saúde e a prevenção das complicações decorrentes.

Neste sentido, acredita-se que os estudos sobre as percepções das trabalhadoras de enfermagem sobre o idoso hipertenso na Estratégia

Saúde da Família (ESF) poderá fornecer contextualização sobre o campo da saúde, despertando olhares para aspectos afetivos, simbólicos e subjetivos, contribuirão para uma prática profissional voltada para a educação e promoção da saúde ao tornar mais compatíveis com as ações do cuidado e as demandas específicas desse grupo etário. Portanto a questão norteadora desta pesquisa foi: Quais são percepções dos trabalhadores de enfermagem sobre a pessoa idosa com hipertensão arterial no âmbito da ESF?

1.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as percepções dos trabalhadores de enfermagem sobre a pessoa idosa com hipertensão arterial no âmbito da ESF em um distrito sanitário de Natal/RN.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as percepções dos trabalhadores de enfermagem sobre o cuidado dispensado a pessoa idosa com hipertensão arterial no âmbito da ESF;
- Compreender as percepções dos trabalhadores de enfermagem sobre a assistência a pessoa idosa com hipertensão arterial no âmbito da ESF.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo contempla uma síntese da revisão narrativa da literatura, questões relacionadas à pessoa idosa, condição crônica, atenção primária à saúde, e percepções sobre o envelhecimento. Destaca-se que este capítulo não tem a intenção de esgotar a discussão sobre os temas apresentados, mas evidenciar algumas questões que elucidam e delimitam os principais eixos de sustentação deste estudo.

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), a maior parte da população idosa encontra-se na faixa de 60 a 64 anos, considerado grupo de idosos jovens. O grupo de 75 anos ou mais, no entanto, foi o que teve maior aumento no período de 1991 a 2000, caracterizando a tendência de crescimento especialmente importante dos idosos mais velhos ou muito idosos. Nesse grupo, destacam-se os centenários que no censo de 2000 eram 14.000, passando para 23.000 em 2010. O Brasil possui uma população de 190.755.799 habitantes, dos quais 10,8% estão com mais de 60 anos de idade. Mais da metade (55,6%) dos idosos é constituída por mulheres. As regiões com maior proporção de idosos são: o Sudeste, com 9,3%, e o Sul, com 9,2%, seguidos do Nordeste, com 8,4%, Centro Oeste, com 6,6% e Norte com 5,5% (IBGE, 2010).

À medida que o envelhecimento se acentua, aumenta a prevalência de doenças crônicas, impondo-se a urgência de priorizar a prevenção em todos os países. No entanto, apesar de preconizar suas prioridades para atenção básica, o SUS tem-se orientado pelo imediatismo, enfatizando o cuidado agudo e subestimando a prevenção e o cuidado de condições crônicas.

No âmbito da saúde, a Política Nacional do Idoso (PNI), em seu Capítulo IV, destaca a necessidade de garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do SUS, prevenindo, promovendo, protegendo e recuperando sua saúde por meio de programas e medidas profiláticas (BRASIL, 1994).

As pessoas idosas apresentam características especiais quanto à natureza de seus agravos, ao modo de adoecimento e ao uso de serviços de saúde, o que exige um amplo redimensionamento das práticas de saúde para atender as novas demandas impostas pela crescente

população de longevos. De acordo com a visão Coelho Filho (2013, p. 401):

...torna-se prioridade a implementação de serviços e programas inovadores, custo-efetivos, e que incorporem novos paradigmas de atenção à saúde, com o foco na capacidade funcional muito mais do que na doença.

Em uma sociedade em que as expectativas de vida são cada vez maiores, além de atenção à saúde na idade avançada impõe-se como fundamental a promoção da longevidade bem-sucedida ou envelhecimento ativo, com foco em todos os grupos etários. O investimento individual e coletivo em promoção da saúde ao longo da vida é premissa básica para se atingir a velhice com menor carga de doença e incapacidades. Contudo, o modelo de atenção à saúde ainda é orientado para as doenças agudas, com enfoque nos aspectos biomédicos do processo de adoecer. É necessário que as ações estejam voltadas para a pessoa e não para a doença, numa prática interdisciplinar que contemple a integralidade do cuidado em saúde, considerando todos os aspectos de viver dessas pessoas.

Nos tempos atuais, a expectativa é de longevidade cada vez maior, sendo esperadas mais situações de cronicidade. Embora esse fenômeno não seja necessariamente de dependência, ambas longevidade e cronicidade têm implicações diretas na saúde pública e na organização das práticas de saúde. Na Atenção Básica, embora muitos grupos de profissionais visem às condições crônicas dos clientes, as mudanças mostram-se principalmente porque o cuidado se expande, não se resumindo apenas à doença. Para Paim (2014), entram em jogo outros elementos qualitativos, como a escuta, o acolhimento, os vínculos, os afetos, o caráter lúdico e principalmente os direitos à vida, à saúde e à autonomia.

Na ESF, a localização de clientes e a marcação de encontros entre os profissionais e clientes em cronicidade levam as informações e a assistência para o interior de seus domicílios. Sendo assim, o cuidado desenvolvido por essas equipes constitui-se de diferenças que são atributos de maior ou menor complexidade na realização do atendimento. Para que os objetivos sejam atingidos, os profissionais também requerem mudanças que lhes acessem ao sentido e práticas

de produção de subjetividades” (PAIM, p.7, 2014).

Segundo Coelho Filho (2013), o núcleo central da atenção à saúde do idoso deve ser a APS, por meio da ESF, que constitui a porta de entrada no SUS. Nesse nível ocorre o acompanhamento proximal e o longitudinal dos idosos residentes em áreas adscritas, possibilitando monitorar suas condições de saúde e detectar precocemente seus agravos. Trata-se de instância privilegiada para realizar atividades e implantar programas de promoção da saúde, contemplando ações que incluem: imunização, socialização, suporte a cuidadores de idosos altamente dependentes, atividade física, implementação de cálcio e vitamina D, orientação quanto à segurança no domicílio e prevenção de quedas, orientação nutricional, além de rastreamento de condições prevalentes, como câncer de mama e útero, osteoporose, dislipidemia, diabetes, doenças cardíacas, cataratas, quedas, déficit cognitivo e depressão, bem como o rastreamento de idosos em situação de risco, como aqueles morando sozinhos com idade igual ou superior a 80 anos, recentemente internados, submetidos a maus-tratos, com perda de peso e com mudanças recentes na mobilidade e na capacidade de realizar as atividades de vida diárias.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), para que o envelhecimento seja uma experiência positiva, uma vida longa deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança. A expressão “envelhecimento ativo” significa o processo de conquista dessa visão.

O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida e que participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades, ao mesmo tempo em que propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando requeridos. “A palavra ativo refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho” (WHO, 2005, p. 13).

Nesse sentido, as pessoas idosas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, comunidades e países. Nessa perspectiva, o ideal do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são

frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados. Dessa forma, manter a autonomia e a independência durante o processo de envelhecimento é meta fundamental para indivíduos e governantes. E para promover o envelhecimento ativo, os sistemas de saúde devem conceber a perspectiva de curso de vida que vise à promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo ao cuidado primário e de longo prazo com qualidade. Os serviços sociais e de saúde precisam ser integrados, coordenados e eficazes em termos de custos (WHO, 2005).

2.2 CONDIÇÕES DE CRONICIDADE

As DCNT constituem o maior problema global de saúde e estão relacionadas ao elevado número de mortes prematuras, perda da qualidade de vida, com alto grau de limitação e incapacidade, além de impactos econômicos na família, nas comunidades e na sociedade em geral. Segundo Malta, Moura e Júnior (2013, p. 274), “O Brasil tem experimentado, nas últimas décadas, importantes transformações em seu padrão de mortalidade e morbidade, em função dos processos de transição epidemiológica, demográfica e nutricional”.

No Brasil, assim como nos outros países, as DCNT também consistem no problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de morte, com destaque para as doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doenças respiratórias crônicas (5,8%). As DCNT atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de maneira mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e baixa renda (DUCAN et al., 2012).

Em 2003 a Pesquisa Nacional de Amostra no Domicílio (PNAD) revelou que 70% dos idosos brasileiros referiram pelo menos uma doença crônica; hipertensão, artrite/reumatismo e diabetes são as mais frequentes, sendo referidas por respectivamente 48%, 27% e 13% dos idosos. Uma proporção de 78% dos idosos consultou um médico no último ano, dos quais 71% de homens e 83,4% de mulheres (COELHO FILHO, 2013).

Em 2010 a PNAD no Brasil revelou que dos 59,5 milhões de pessoas (31,3%) afirmaram apresentar pelo menos uma doença crônica. Do total da população pesquisada, 5,9% declararam ter três ou mais doenças crônicas, percentual esse que aumenta com o avanço da idade. O percentual de indivíduos com 65 anos ou mais de idade que relataram portar pelo menos uma doença crônica chegava a 79,1%. Considerando

que o Brasil tem uma das populações do mundo que envelhecem mais rapidamente, a carga de doença crônica tende a aumentar, reforçando a necessidade de um modelo de atenção à saúde baseado na atenção primária.

Essa situação da saúde brasileira enfrenta momentos de mudanças, tanto do ponto de vista da contínua implantação de melhorias e avaliação do SUS, quanto do ponto de vista do perfil desse idoso, decorrente das precárias condições de vida de importante parcela da população. O envelhecimento populacional tem promovido expressivo aumento das doenças crônicas, exigindo reflexões e propostas de ações, como a de cuidados inovadores, apresentada pela OMS (OMS, 2005).

Mais recentemente o Brasil propôs abordar as DCNT sob a perspectiva da linha de cuidado, o que implica atuar em toda a cadeia de produção de saúde, desde a promoção, passando pela prevenção, vigilância e assistência até a reabilitação, repensando o processo saúde-doença quanto aos seus determinantes e condicionantes, mostrando que o enfrentamento das DCNT exige adoção de políticas e ações de saúde pública abrangentes e integradas, baseadas em ações inter setoriais, considerando os ciclos de vida e as necessidades locais (MALTA; MOURA; JÚNIOR, 2013).

As políticas públicas de saúde no Brasil têm focalizado estratégias para combater as DCNT por meio de ações inter setoriais de caráter preventivo e de promoção da saúde. Em 2006 foi instituída a Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS) que prioriza ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção contra o uso de tabaco e álcool, inclusive com repasse de recursos a estados e municípios para implantar essas ações de forma inter setorial e integrada. Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) publicou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil para o período de 2011 a 2022, com o intuito de preparar o país para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, essas doenças e as morbidades a elas relacionadas (BRASIL, 2011).

Para Mantovani e Mendes (2014, p. 11):

Em virtude das características que apresentam, as doenças crônicas escapam ao esquema habitual de abordagem profissional (de sintomas, diagnósticos, tratamento, cura ou morte), dando lugar a um esquema sempre aberto, em que pontua incerteza quanto a sintomas, diagnóstico, palição e gestão.

Esse fato gera impacto tanto para a sociedade como para o portador, que deve preparar-se para experienciar novas trajetórias de vida após o diagnóstico. É importante mencionar que as alterações epidemiológicas têm ocorrido em contextos de desigualdades sociais, econômicas e políticas que implicam diferenciais de condições sobre a situação de saúde.

De acordo com estudo realizado por Souza (2014, p.105):

O viver em condições crônicas de saúde exige uma nova abordagem dos profissionais de saúde e enfermagem que contemple as múltiplas dimensões envolvidas na questão. Essas múltiplas dimensões se traduzem em necessidades e potencialidades de cuidado o que ainda apresenta vulnerabilidade, tanto nos aspectos das práticas cotidianas como nas concepções teóricas que permeiam um novo pensar em saúde.

O profissional desenvolve a atenção à saúde ressaltando a relevância de conhecer e interpretar as crenças e valores do idoso e da família, no intuito de não se contrapor a esses valores. Durante o processo de cuidar há o compromisso do profissional de enfermagem em dedicar-se ao atendimento do idoso, buscando controlar os danos e riscos da patologia. Para Lenardt *et al.* (2014, p. 153), “na interação e construção do cuidado, considera-se a multiplicidade de dimensões envolvidas dentre elas como a espacial, a ambiental, a econômica, a cultural e a social, busca-se a integração destas com o planejamento e na ação do cuidado”.

2.3 AS PERCEPÇÕES SOBRE ENVELHECIMENTO E SAÚDE

A questão do envelhecimento se configura como um processo de mudança e, como tal, demanda um ritmo contínuo de estudos que busquem contemplar os diferentes aspectos que emergem. No estudo de Tura e outros (2011), os sentidos atribuídos à saúde constituem um conjunto de informações relevantes, indicando a visão de sujeitos que vivem em contextos socioculturais e econômicos muito diferenciados e que têm demandado a implantação de políticas especialmente orientadas para suas especificidades. Demonstram também que a atenção à saúde prestada a esse grupo se caracteriza pela fragmentação, valoriza o acesso

à assistência e a medicamentos proporcionados pela expansão da ESF, mas se ressentia da inexistência de um sistema integrado que assegure a continuidade do cuidado.

No que tange aos conteúdos e à estrutura representacional acerca do processo de envelhecimento em psiquiatria, Silva, Gomes e Oliveira (2011) verificaram ser a representação do envelhecimento essencialmente negativa, possivelmente fruto de uma realidade multifacetada, na qual se misturam o abandono familiar, a exclusão social, o isolamento social, o sucateamento progressivo do sistema de saúde, as dificuldades da formação profissional, a característica moderna de valorização da razão e do lucro em detrimento do humano. Evidenciaram ainda um forte processo de desfiliação social, na qual a perda de referências grupais e identitárias caracteriza o envelhecimento no contexto asilar psiquiátrico. Nesse momento, é oportuno destacar a importância que essas representações podem ter na concretização dos cuidados em saúde, articulando-os com as dificuldades que se observam no cotidiano das instituições.

As dimensões presentes na estrutura da representação mostram como o grupo de profissionais organiza a reconstrução sociocognitiva do processo de envelhecimento no contexto institucional psiquiátrico, com dimensões que dão sentido inclusive à prática profissional, e determinam, em diversas situações, a adoção de determinadas atitudes e/ou ações. Assim, conhecer as representações sociais dos profissionais propicia à enfermagem um instrumental a mais para planejar e empreender mudanças no contexto assistencial.

No estudo de Cruz e Ferreira (2011) os resultados obtidos revelam que suas representações sobre a velhice têm uma conotação negativa, reconhecendo no velho algumas características que consideram peculiares a eles. Assim, as representações sociais do velho/velhice geram atitudes e práticas que podem influir no cuidado ao idoso, devendo essa questão ser bem refletida no campo da gerontologia. Apesar de na atualidade haver uma tendência de se formar uma nova visão da velhice, de um envelhecimento mais saudável, as representações encontradas no grupo em questão reafirmam a representação de uma velhice atrelada a perdas, a abandono e morte.

Nesse contexto, torna-se evidente que concepções sobre dependência e cuidado na velhice assumem um papel relevante, na medida em que esses aspectos podem determinar não apenas o modelo das interações pessoais e sociais, mas também o modo de cuidar. Sendo assim, conhecer essas concepções e ações que dela demandam é fundamental para lidar com os familiares que convivem com o idoso e

cuidam dele. De acordo com Cruz e Ferreira (2011), a existência de representações sociais com conteúdos mais positivos e outras com conteúdos mais negativos sobre a velhice mostra a importância de se realizar pesquisas que explorem as diversas nuances do objeto velhice/envelhecimento na nossa sociedade, nos mais variados grupos sociais, e ainda mostram a aplicabilidade da teoria em tais estudos na evidenciação dos processos que constroem tais representações e suas dinâmicas.

2.4 O CUIDAR DE IDOSOS

A feminilização do cuidado, a utilização do cuidado leigo, a presença do vínculo afetivo, a inclusão da dimensão corporal, relações familiares e sociais, bem como o desgaste do cuidador foram representações sociais comuns entre os estudos sobre cuidado de pessoas idosas (AGUIAR et al., 2011).

No estudo de Souza e Menezes (2008), estereótipos acerca da velhice, conflitos intergeracionais, problemas econômicos e questões culturais são influências constantes no pensar e no agir das pessoas que são mais próximas dos idosos: seus cuidadores familiares.

O despreparo do cuidador para atender às necessidades dos idosos pode gerar ansiedade e maior desgaste físico e adoecimento, ocasionando situações de risco para ambos. Portanto, essa realidade exige atenção especial da enfermagem para traçar estratégias que proporcionem um cuidar saudável e com equilíbrio para a tríade desse processo de cuidar: equipe de saúde – idoso – cuidador familiar (AGUIAR et al., 2011).

Dessa forma, a dinâmica do cuidado ao idoso se beneficia quando é ampliada, envolvendo-o em sua totalidade, unicidade e diversidade, sem deixar de lado seus cuidadores e familiares, visto que a atenção não deve estar voltada só para as necessidades físicas, mas também para as psicológicas e socioculturais, incluindo a participação da família como colaboradora nesse processo do cuidar humano.

É importante salientar que, diante de reflexões realizadas sobre o cuidar de idosos, na visão dos cuidadores principais há necessidade de implantar práticas integrativas nos diferentes níveis de atenção à saúde, contribuindo para a satisfação das necessidades singulares não apenas dos idosos, mas incluindo o cuidador e a família no foco do cuidado de enfermagem (AGUIAR et al., 2011).

Diante dessas considerações, é possível observar que a família tem-se preocupado e se ocupado no cuidado de seus membros idosos.

Por isso, é de suma importância que os profissionais de saúde estabeleçam e/ou fortaleçam uma relação mais estreita de parceria com os familiares cuidadores, vendo-os como colaboradores e clientes, uma vez que agregam hábitos de vida semelhantes aos dos idosos sob seus cuidados. No entanto, mesmo reconhecendo que a participação do familiar no cuidado ao idoso oferece contribuições positivas, o autocuidado deverá ser incentivado sempre.

É importante salientar que no estudo de Araújo, Cruz e Rocha (2013), a análise dos conteúdos permitiu verificar a forma como os atores sociais Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Profissionais de Saúde representaram socialmente a violência contra a pessoa idosa, associando-a tanto à falta de preparo por parte do profissional de saúde quanto à falta de preparo do familiar e/ou cuidador. Verifica-se que é muito grande a dificuldade de se aplicar as leis penais de proteção ao idoso, punindo efetivamente aqueles que os agridem e maltratam.

O Estado precisa apresentar políticas de apoio, estendendo os limites da assistência com a implantação das ações previstas no Estatuto do Idoso, no Plano de Ação para Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa (PAEVPI) e em outros dispositivos, criando e ampliando programas de assistência, como centros de convivência, melhor acessibilidade e atendimento pelo SUS e centros de cuidados diurnos, entre outras providências que visem a facilitar a vida do idoso e de seus familiares, diminuindo, por consequência, os riscos de violência (ARAÚJO; CRUZ; ROCHA, 2013).

Diante desse contexto, tornam-se necessários mecanismos de incentivo para que sejam denunciados os atos de violência praticados contra os idosos: Delegacias e Promotorias da Defesa da Pessoa Idosa, instrumentos como o Disque Idoso e outros que incentivem as notificações oficiais de maus-tratos, oferecendo apoio psicossocial aos idosos violentados. São iniciativas práticas e eficazes que poderiam ser aplicadas dentro das condições de cada realidade.

Os dados da literatura sobre o tema exposto mostram que as políticas que permeiam as decisões circundantes aos direitos da população idosa se encontram de certa maneira regidos por atos jurídicos que proporcionam uma seguridade para essa população. Não havendo, na prática, a execução de tais leis, e muitos idosos ainda sendo negligenciados nos seus direitos de cidadãos, além das avaliações legais, deve-se priorizar maior reflexão da sociedade acerca da pessoa idosa, visando à modificação do comportamento desde o âmbito educacional, que deve ser ampliado para melhorar a formação de profissionais, até o poder do Estado.

Segundo Araújo et al. (2012), para que se possa exigir a melhor execução das políticas de atenção ao idoso ou mesmo possibilitar o surgimento de outras na área, os casos de violência precisam ser conhecidos para permitir um levantamento que revele a sua dimensão epidemiológica.

Diante dessa realidade, espera-se que esta investigação possa fornecer subsídios para discussão e reflexão acerca da violência contra a população idosa, para que as políticas públicas sejam aplicadas de modo mais eficaz, a fim de desmitificar os casos de violência contra o idoso, fornecendo-lhe informações acerca dos tipos e casos mais frequentes, com intuito de acabar com o comodismo de muitos profissionais frente à detecção dos casos de violência contra a pessoa idosa. Outro fator relevante a ser proposto é levar mais informações para as escolas com o intuito de formar cidadãos mais conscientes, da educação primária à profissional, a fim de proporcionar uma reflexão mais crítica diante de casos de omissão, por meios informativos mais seguros, como a escola, por exemplo, para que muitos casos possam ser identificados e evitados.

Nessa perspectiva, são sugeridos novos estudos para que se possa avaliar o conhecimento psicossocial elaborado acerca da violência e maus-tratos na velhice, tendo como participantes os próprios idosos (vítimas da violência), os agentes de violência, os trabalhadores de saúde e de serviços sociais e os gestores públicos envolvidos com as questões gerontológicas.

2.5 PROFISSIONAIS DE SAÚDE, CONDIÇÕES CRÔNICAS E HIPERTENSÃO ARTERIAL

O fenômeno das doenças crônicas, especificamente a hipertensão arterial no idoso, investigado a partir das representações sociais de trabalhadores que circulam nesse universo relacional, possibilita superar a simples descrição, propiciando ampliar o material a ser analisado com base no processo de construção do conhecimento do fenômeno a ser investigado.

No campo da saúde, a utilização do conhecimento científico para compreender a visão dos profissionais sobre como lidar com a condição crônica caracteriza uma forma de lidar com os aspectos complexos presentes no contexto da atenção à saúde. Diversos estudos têm-se concentrado na investigação das representações sociais relacionadas à condição crônica (STUHLER; CAMARGO, 2012; SILVA et al., 2012; COSTA; SILVA; MOURA, 2011; ALMEIDA; PAZ; SILVA, 2011; SOUZA; MENEZES, 2008)

Na condição crônica, destaca-se o estudo sobre diabetes e adesão ao tratamento em que Stuhler e Camargo (2012) verificaram a caracterização dessa doença crônica no senso comum como a “doença do não”, trazendo elementos ligados à restrição que a enfermidade impõe à pessoa diabética em condição crônica. Os autores salientam dois contextos de investigação presentes nos estudos sobre representações sociais e saúde, constituindo-se campos de relação: relações entre representações e práticas de saúde; e relações entre saber de senso comum e saber técnico.

Silva et al. (2013) buscou conhecer a terapêutica que contribuem para a adesão ou não de pacientes idosos ao tratamento da hipertensão. Os elementos mais citados pelos participantes: cefaleia, cardiopatia, derrame, morte e nervosismo. Conclui-se que as representações sociais dos idosos em relação à terapêutica influenciam os diferentes níveis de adesão ao tratamento.

Costa, Silva e Moura (2011) buscaram apreender as representações sociais dos profissionais de saúde sobre a HAS e as medidas de controle e explorar aspectos psicossociais relacionados aos conhecimentos, posicionamentos e comportamentos desses profissionais. As manifestações e descrições explicativas evidenciaram o conhecimento dos profissionais sobre as dificuldades relacionadas às mudanças no estilo de vida das mulheres hipertensas e fatores de risco que contribuem para o surgimento da doença. O conhecimento desses aspectos contribuiu para desvendar as questões subjetivas, peculiares da hipertensão arterial. O estudo permitiu evidenciar as diferentes concepções, atributos, posicionamentos e sentimentos dos profissionais de saúde, resgatando o saber do senso comum sobre a hipertensão arterial.

Almeida, Paz e Silva (2011) analisaram as percepções da equipe de saúde sobre a hipertensão arterial e a maneira como desenvolve os cuidados específicos aos hipertensos. Investigaram 21 profissionais de saúde que atuavam em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nesse estudo as representações dos profissionais revelaram um distanciamento entre as ações preconizadas pelo programa de controle e as que se realizam nas unidades de saúde. Os profissionais reconhecem a hipertensão como uma doença grave, com grandes consequências, porém as dificuldades estruturais dos serviços, em conjunto com a desmotivação do usuário para participar em ações de promoção da saúde, não favorecem um cuidado à saúde voltado para as necessidades dos portadores de hipertensão.

Souza e Menezes (2008), fala do cuidado prestado por familiares a idosos hipertensos investigaram 100 cuidadores residentes no município de Jequié/BA. De acordo com o senso comum, pouco sal, alimentação saudável, evitar passar raiva e remédio são os elementos representativos do provável núcleo central de controle da enfermidade. A família tem assumido papel importante para atender às necessidades de saúde dos seus membros idosos, cabendo à enfermagem incluí-la como sua cliente e parceira.

Para Galand e Salès-Wuillemin (2009), a intervenção profissional pode ser beneficiada com a compreensão das representações, pois valorizar os saberes do senso comum, materializados na representação social, contribui para pensar a tomada de decisão dos programas de saúde, porquanto permite apreender de que forma os grupos concebem o fenômeno e se relacionam com a doença e o tratamento.

Além disso, estudos buscam fornecer contextualizações sobre o campo da saúde atraem olhares dos profissionais dessa área para aspectos afetivos, simbólicos e subjetivos, fazendo com que a prática profissional se volte para a educação e a promoção da saúde. Nessa perspectiva as percepções de cada profissional influenciam as relações e práticas sociais, compreendem esse contexto e possibilitam à ciência disponibilizar conhecimentos mais aprimorados sobre determinada ocorrência, gerando condições mais favoráveis para aplicar estratégias de intervenção junto à população.

Conhecer as percepções dos profissionais de saúde e de enfermagem acerca das pessoas com hipertensão arterial e seus cuidados contribui para o conhecimento sobre a forma como ocorre as práticas de enfermagem são concebidas pelos profissionais e identificar fatores positivos e negativos que permitirão o planejamento de ações de educação permanente para qualificar tais práticas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A INTEGRALIDADE E AS DOENÇAS CRONICAS NÃO TRANSMISSIVEIS

O sistema público de saúde brasileiro vem desempenhando papel político de inclusão social, notavelmente desde meados dos anos 80 com a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS), e posteriormente do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e já nos anos 90 com a regulamentação e início da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (JUNIOR, 2013).

A Constituição Federal de 1988 de maneira inovadora no país estabeleceu a saúde como direitos e dever do estado (BRASIL, 1988) e a lei A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, apontou para os princípios doutrinários da universalidade, integralidade, equidade, e os organizacionais de descentralização, hierarquização, regionalização e participação comunitária enquanto norteadores da construção do sistema público de saúde. (BRASIL, 1990).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. No Art. 7º explica que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, destacando os seguintes princípios, conforme seu inciso II – “a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Antunes e Guedes (2010) destacam que apesar da integralidade ser um princípio constitucional e doutrinário do SUS o maior desafio está em que os gestores e profissionais de saúde possam compreender a necessidade de atender as expectativas do usuário, que nem sempre é a solução prescritiva, mas uma atenção compassiva e humanística.

Assim, a organização do SUS, deve dar conta da continuidade do cuidado na perspectiva das necessidades das pessoas e não somente nas demandas decorrentes de seu tratamento e ou prevenção de suas complicações. Novas necessidades surgem na vida adulta e as contingências desse viver resultam em novas necessidades para serem

reconhecidas e gerenciadas pelos profissionais de saúde. O olhar da integralidade nos convida a pensar em tão complexo é o cuidado à saúde e o quão é difícil atingir seu ideal.

Para Cecilio (2006, p.118):

é possível adotar a ideia de que a integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível. Numa primeira dimensão, a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional num espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro de saúde, de uma equipe do programa saúde da família, ou um hospital.

Nesse encontro do usuário com a equipe haveria de prevalecer o compromisso e a preocupação de se fazer melhor escuta das necessidades de saúde trazidas pelo o usuário que busca o serviço e apresenta demandas específicas. Cecilio (p.118, 2006), “discute que as necessidades podem ser a busca de algum tipo de resposta para: as más condições de vida, como o desemprego e a violência no lar; a procura de um vínculo efetivo com um profissional; a necessidade de ter uma maior autonomia no modo de levar a vida ou mesmo ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar a sua vida”.

A recente transição epidemiológica nos mostra que as doenças crônicas não transmissíveis requerem atenção ao conceito da integralidade. Perspectiva essa, que vai ao encontro das necessidades de cuidado das pessoas com doenças crônicas vivendo com limitações e exigindo delas mesmas novas e contínuas acomodações em seu modo de vida, numa dinâmica que se transforma conforme a evolução de sua doença ou agravo de saúde.

Diante do exposto, a integralidade está para o cuidado em todas as suas dimensões, o que implica compreender seu conceito como um valor que sustenta o ato de cuidar e, por conseguinte articula todos os princípios do SUS. Para Antunes e Guedes (2010) mesmo que a integralidade idealizada não chegue a ser trabalhada em sua totalidade e continuidade os enfermeiros conseguem aproximação, diálogo e formação de vínculos com os usuários atuando na promoção, prevenção, cura e na reabilitação, ou seja, tratando-os com respeito, acolhendo-os e atendendo-os no sofrimento e em momentos de fragilidade e dor.

De acordo com Antunes e Guedes (2010, p.22)

o conceito de integralidade é compreendido de forma articulada com a oferta de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos, assistência a danos e reabilitação em conformidade com a dinâmica do processo saúde doença.

3.2 REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE

Na perspectiva da integralidade a articulação entre boas condições de vida, acesso à saúde, vínculo e autonomia no modo de levar a vida se dá ao pensar em uma ação em rede caracterizada pela valorização da intersetorialidade no âmbito da saúde e da comunidade para ser capaz de uma estruturação para a tenção e o alcance da integralidade.

Kuschnir e Chorny (2010, p.2314) afirmam que os sistemas nacionais de saúde operam redes com populações definidas geograficamente por que saúde é entendida como bem público e o sistema é universal e equitativo. As redes são o instrumento de garantia do direito, ampliando acesso e diminuindo desigualdades. A regionalização e a constituição de redes são compreendidas em suas dimensões técnica e política. Ao mesmo tempo em que é a única forma de garantir acesso a cuidado integral de forma igualitária, envolvem disputas de poder e requerem decisões de política pública que certamente ferem interesses.

Para Mendes (2011, p.45)

a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete, portanto, o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas nos países desenvolvidos de forma mais contundente nos países em desenvolvimento pela situação de dupla ou tripla carga das doenças e um sistema de atenção à saúde voltada predominantemente para responder às condições agudas e aos eventos agudos, decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma reativa, episódica e fragmentada.

Segundo a (OMS, 2010) na experiência das pessoas que utilizam o sistema, a fragmentação se expressa como falta de acesso aos serviços,

perda da continuidade da atenção e falta de coerência entre os serviços prestados e as necessidades de saúde da população. A realidade é que esse dilema das situações agudas e crônicas que configuram a fragmentação da assistência tem sido alvo de debates e de buscas de soluções que levaram a discussões de construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Assim, surgiram formas de enfileiramento como, por exemplo, a premissa da integralidade do cuidado nas cinco linhas do cuidado: saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, saúde mental, saúde bucal e saúde do adulto e idoso, como descrito abaixo:

Tais linhas constituem-se em políticas de saúde matriciais que integram ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou às necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, mas também uma visão global das suas condições de vida (BRASIL, 2008, p. 41)

A adoção das linhas de cuidado como organizadoras do trabalho sanitário pressupõe a vinculação das equipes de saúde à população da região de saúde em que se situam e agem. Além disso, são imprescindíveis o apoio e o investimento dos gestores em processos de gestão coletivos e participativos que favoreçam a melhor interação entre os trabalhadores das equipes e o estabelecimento de corresponsabilidades entre os atores envolvidos no ato de cuidar (BRASIL, 2008, p.41)

Diante dessa realidade, o país vem mudando sua lógica, implantando novo arranjo do sistema de atenção à saúde que, além de responder às condições agudas e aos momentos de agudização das condições crônicas nas unidades de pronto-atendimento ambulatorial e hospitalar, busca seguimento contínuo e proativo dos portadores de condições crônicas, sob a coordenação da equipe da atenção primária à saúde, e com o apoio dos serviços de atenção secundária e terciária da rede de atenção, atuando, equilibradamente, sobre os determinantes sociais da saúde distais, intermediários e proximais, sobre os fatores de riscos biopsicológicos e, também, sobre as condições de saúde manifestas e suas sequelas (MENDES, 2011).

Diante do exposto, ao organizarem os serviços de saúde pela atenção às condições agudas e crônicas, os sistemas de atenção à saúde podem apresentar-se, socialmente, num contínuo que vai desde a fragmentação até a integração. Essas duas maneiras de se analisarem os

sistemas de atenção à saúde não aparecem, na prática social, de forma independentemente, ao contrário, os sistemas fragmentados tendem a se voltar para a atenção principal às condições e aos eventos agudos, enquanto os sistemas integrados tendem a atuar, equilibradamente, sobre as condições agudas e crônicas (MENDES, 2011).

Nesse sentido, espera-se superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde o que requer forte decisão dos gestores do SUS. A portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 aponta como solução inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento da Rede de Atenção a Saúde (RAS) para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população (BRASIL, 2010).

A mesma portaria traz, em seu texto, que a organização da RAS, tendo a Atenção Primária a Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica são mais eficazes, tanto em termos de organização interna como em termos de alocação de recursos e coordenação clínica.

Ainda sobre essa portaria de nº 4.279, de 30/12/2010 (BRASIL, 2010). As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Diferentemente, os sistemas integrados de atenção à saúde, as RAS, são aqueles organizados através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida. Segundo a Organização Pan Americana de Saúde OPAS, (2010) a rede de atenção à saúde é definida, nesse documento, como:

uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (OPAS, p.15, 2010).

Diante do desafio de ampliar a promoção da saúde, a prevenção de doenças e de qualificar o cuidado às pessoas com doenças crônicas, o Ministério da Saúde elaborou, entre outras ações, o Plano de Ações

Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022. Esse plano objetiva promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o cuidado das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas. No terceiro componente do plano, cuidado integral, insere-se a construção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2011).

Nesse momento, o enfoque das RAS será quatro temas por serem epidemiologicamente mais relevantes, são eles: as doenças renocardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus e insuficiência renal crônica, a obesidade, o câncer e as doenças respiratórias (BRASIL, 2011).

Desta forma, a portaria nº 483, de 1º de abril de 2014 vem redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. A organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas tem por objetivos gerais: Art. 4º: I - realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; e II - fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2014).

O elemento essencial para garantir a qualidade da atenção a essa população é a mudança no processo de trabalho das equipes em todos os pontos de atenção, desde a atenção básica passando pela especializada, pela urgência e pelo cuidado hospitalar e domiciliar. Esse processo implica a incorporação de tecnologias e de gestão do cuidado para atenção integral e longitudinal e também a articulação de ações e serviços para a constituição de linhas de cuidado em toda a rede.

Para Tavares, Dias e Oliveira, (2012), ao tratar de linha de cuidado do idoso a equipe de saúde deve ver na população idosa suas necessidades e como eles se locomovem dentro da estrutura operacional dessa rede. Seguindo assim a linha guia iniciando pela atenção primária que vai desde o contato com o cuidador, agentes comunitários de saúde, as unidades de cuidados paliativos, as instituições de longa permanência quando presente na área adscrita, o atendimento de reabilitação, bem

como, o núcleo de referência de atenção ao idoso como o Centro de Referências em Atenção ao Idoso (CRAI). Nessa perspectiva é possível planejar o fluxo ao longo da rede de atenção onde esse idoso terá acesso a intervenções que vão desde a prevenção e promoção da saúde, cura e reabilitação possibilitando assim planejar esse cuidado.

Assim sendo, a atenção primária coordena o fluxo e contrafluxo nos três níveis de atenção uma vez que ela se responsabiliza pela saúde da pessoa idosa em qualquer nível de atenção, e uma vez que ela resolve 80% dos problemas de saúde, Tavares, Dias e Oliveira, (2012). Essa realidade permite que à atenção primária possa acolher e atender os idosos hipertensos ouvindo e compreendendo suas reais necessidades na perspectiva de possibilitar ações e intervenções nos diferentes níveis de atenção no qual a rede de atenção disponibiliza uma vez que ela tem o papel de coordenar esse atendimento e se responsabiliza por essa população alvo em sua área de abrangência mesmo que esse cuidado seja realizado em outro nível de atenção.

3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (APS) – CENTRO DE COMUNICAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO

No contexto brasileiro, há diferentes compreensões acerca dos conceitos de Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família. A Portaria Nº 2488, de 21 de outubro de 2011 estabelece a Política Nacional de Atenção Básica em nosso país e determina a utilização do termo Atenção Primária como equivalente à Atenção Básica. Esta Portaria, além de definir as diretrizes para o desenvolvimento da Atenção Básica no Brasil, considerou a Saúde da Família como estratégia prioritária para a reorganização e consolidação desse nível de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

Segundo a nova política nacional de atenção básica (BRASIL, 2012, p. 19.), atenção básica caracteriza-se por:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das

pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios e risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

Atenção básica orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012).

Outro documento relevante é o Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2011). Neste sentido de acordo com esse decreto a atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas: I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária; II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais; III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS (BRASIL, 2011).

Neste sentido, o profissional da atenção básica tem importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico monitoramento e controle da hipertensão arterial. Devem também ter sempre o foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e consequentemente, envolve o usuário e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle da hipertensão (Brasil, 2014).

Diante desse contexto a atenção básica tem o papel de atuar como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulado também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, dentre outros (BRASIL, 2011).

4 METODOLOGIA

Para atingir o objetivo desta pesquisa, que é compreender as percepções das trabalhadoras de enfermagem sobre a pessoa idosa com hipertensão arterial no âmbito da ESF, optou-se pela pesquisa qualitativa que, segundo Minayo (2010), contempla uma realidade que não deve ser quantificada porque se situa no universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Aplica-se ao conjunto de fenômenos humanos entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. Complementando, Minayo, Deslandes e Gomes (2013, p. 14) esclarecem:

O universo da produção humana pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é objeto da pesquisa qualitativa. Essa mesma realidade é mais rica do que qualquer teoria, qualquer pensamento e qualquer discurso que possamos elaborar sobre ela. Portanto, os códigos das ciências, que por sua natureza são sempre referidos e recortados, são incapazes de conter toda a totalidade da vida social.

A escolha dessa modalidade de pesquisa decorre do fato de entender que essa abordagem proporciona uma aproximação com o fenômeno escolhido para o estudo, considerando que os informantes são imbuídos de valores, crenças, atitudes, hábitos e representações com base no conjunto de fenômenos humanos gerados socialmente, compreendendo e interpretando essa realidade.

Optou-se ainda pela pesquisa do tipo exploratória descritiva que, de acordo com Gil (2007), tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, favorecendo o aprimoramento de ideias sobre variados aspectos relativos ao fato estudado. A pesquisa descritiva está interessada na descrição dos fenômenos e em estudar as características, opiniões e atitudes de um grupo social.

4.1 CENÁRIO DO ESTUDO

A preferência por um cenário para desenvolver uma pesquisa científica se guia pela compreensão de que ele se configura num espaço potencialmente rico de experiências. As interações dos diversos atores sociais que ali convivem diariamente possibilitam uma aproximação de saberes e experiências teórico-práticas que podem conduzir a uma reflexão acerca dos nossos modos de pensar e de fazer a saúde. Desse modo, acredita-se que compreender as percepções das trabalhadoras de enfermagem sobre a pessoa idosa com HA possibilite entender as relações entre os atores nas práticas da ESF.

O município de Natal/RN está dividido administrativamente em cinco Distritos Sanitários (Norte 1, Norte 2, Sul, Leste e Oeste), com áreas de abrangência definidas. Cada distrito possui sua sede gerencial e é responsável pela vigilância e acompanhamento do desempenho da atenção pelas equipes de saúde da sua área. O local escolhido para a realização desse estudo foi o Distrito Sanitário Oeste do município de Natal/RN, que possui 12 Unidades Saúde da Família (USF), uma policlínica, duas clínicas especializadas em saúde mental, dois Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), CAPS I e CAPS II, com atendimento diurno (segunda a sexta) de adultos com transtornos mentais, um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), duas unidades mistas e um pronto atendimento infantil.

O estudo foi realizado em três USF no Distrito Sanitário Oeste: Cidade Nova, Felipe Camarão II e do Guarapes. Essas equipes são vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de Natal, com atendimento em nível de atenção primária à saúde. Dispõe de atenção odontológica, programa nacional de imunização, teste do pezinho, exame preventivo do câncer, programa de tuberculose, atendimento de enfermagem no ciclo gravídico e puerperal e à criança em seu crescimento e desenvolvimento, e vigilância epidemiológica. Mantém ainda convênio com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sendo campo de prática de estágio curricular.

Essas USFs têm cadastradas pessoas idosas com hipertensão e diabetes no HIPERDIA que são atendidos em consulta individual de enfermagem, médica e de nutricionista. A escolha do Distrito Oeste deve-se em razão de esses serviços já estarem estruturados, com atendimentos individuais e em grupo, contribuindo com a seleção dos trabalhadores de enfermagem que assistem a pessoa idosa com hipertensão arterial.

4.2 PARTICIPANTES

Mesmo compreendendo que o trabalho na ESF e a atenção à saúde da pessoa idosa exigem o desenvolvimento de ações multidisciplinares com a intervenção de uma equipe composta de médico, odontólogo, enfermeiro, técnicos de enfermagem, auxiliar de consultórios dentários e agentes comunitários de saúde, o presente estudo priorizou as informações dos profissionais de enfermagem que atuam na ESF.

Os sujeitos da investigação foram trabalhadores de enfermagem: auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros que assistem a pessoa idosa com hipertensão arterial nas USFs de Cidade Nova, Felipe Camarão II e do Guarapes que aceitaram participar do estudo. Nessas USFs, segundo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNESNet) (2013), existe um total de 32 profissionais de enfermagem trabalhando no Distrito Sanitário Oeste. Como critério de inclusão os participantes deveriam ter tempo de trabalho na USF superior a um ano. A escolha dessa população se deu pelo fato de esses profissionais estarem inseridos no modelo assistencial da ESF e por terem uma sistemática de trabalho com hipertensos, portanto, em condições de contribuir com informações que permitam abranger ao máximo as dimensões do estudo.

Utilizou-se uma amostragem intencional, incluindo os profissionais de enfermagem de dez equipes da ESF no Distrito Sanitário Oeste, localizados em Cidade Nova, Felipe Camarão II e no Guarapes. Participaram do estudo 20 sujeitos, sendo dois auxiliares de enfermagem, oito técnicos de enfermagem e dez enfermeiros. Os dados foram coletados de março a julho de 2014 por meio de entrevistas semi-estruturadas. As entrevistas tiveram como temas norteadores a vivência com idosos hipertensos no cotidiano familiar e no trabalho, assistência prestada ao idoso hipertenso, cuidados prestados ao idoso com hipertensão, elementos pertinentes ao cuidado e promoção da saúde da pessoa idosa com HA. Desse modo, a amostra foi composta pela quantidade de profissionais que aceitaram participar do estudo de forma espontânea durante o período da coleta.

4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

4.3.1 Técnica de coleta de dados

Os dados foram coletados no período de março a julho de 2014. Como técnica para pesquisa de campo optou-se por utilizar a entrevista semiestruturada, contendo sete questões norteadoras. Essa modalidade aberta possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2010). Como fonte de informação a entrevista fornece dados da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia. Constituem uma representação da realidade: ideias, crenças, maneiras de pensar, opiniões, sentimentos maneiras de sentir, maneiras de atuar, condutas, projeções para o futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos (MINAYO, 2010).

As entrevistas foram realizadas com os auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros das USFs, individualmente numa sala reservada com o consentimento por escrito dos participantes. Os horários foram estabelecidos pelos entrevistados, com duração suficiente para que pudessem expressar-se livremente. Os diálogos foram gravados em mídia digital, com prévia autorização dos sujeitos. Posteriormente o material gravado foi transcrito e arquivado, permanecendo sob a responsabilidade da pesquisadora.

4.3.2 Aspectos Éticos

No desenvolvimento da pesquisa foram respeitados todos os aspectos éticos, diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dessa forma, antes da coleta de dados, a pesquisa foi submetida à apreciação do Sistema CEP/CONEP, que é integrado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP). Para isso, a pesquisa foi cadastrada e protocolada, juntamente com todos os documentos necessários, na Plataforma BRASIL, que é o sistema oficial de lançamento de pesquisas para análise e monitoramento do

Sistema CEP/CONEP e submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que a aprovou conforme Parecer nº 551.146/2014 (ANEXO A).

As entrevistas (APÊNDICE A) foram realizadas com autorização de cada informante, que, ao concordar em participar de forma voluntária, leu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) em duas vias, sendo uma do informante e outra da pesquisadora.

A Secretaria Municipal de Saúde de Natal permitiu a realização da pesquisa, por meio de anuência formal do secretário municipal de saúde. (ANEXO B).

Os TCLEs foram apresentados aos participantes da pesquisa, lidos, explicados e entregue cópia assinada pela pesquisadora e pelo participante, de forma que não existam dúvidas sobre os seguintes aspectos da pesquisa: justificativa; objetivos; procedimentos de coleta de dados; relevância social; participação livre, esclarecida e voluntária, podendo o participante desistir da participação na pesquisa em qualquer momento que considerar necessário, sem que isso lhe acarrete sanção, prejuízo, dano ou desconforto; respeito aos princípios éticos de não maleficência, beneficência, justiça e equidade; garantia de que os danos previsíveis seriam evitados, conforme responsabilidade da pesquisadora, sendo considerados mínimos nesta pesquisa, conforme Apêndice B.

Foram elucidados o compromisso e a responsabilidade da pesquisadora e da orientadora, quanto a: preservação do anonimato da identidade dos participantes e a confidencialidade das informações; garantia de que os dados provenientes do estudo seriam usados exclusivamente para fins de pesquisa, ficando armazenados em banco de dados a ser construído pela pesquisadora, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

4.3.3 Técnica de análise dos dados

Os dados foram coletados, organizados e analisados seguindo os passos da Análise de Conteúdo de Bardin (2011) e do *software* ATLAS.ti versão 7.0. A Análise de Conteúdo diz respeito à técnica de pesquisa que permite tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de determinado contexto. Os dados foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo, que segundo Bardin (2011, p. 48), é:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Os dados foram analisados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), associada ao programa computacional ATLAS.ti versão 7.0 (Qualitative Research and Solutions) desenvolvido para analisar dados qualitativos seguindo estas etapas: transcrição das entrevistas para o formato world e para operacionalizar o processo de organização e categorização dos dados por meio do software ATLAS.ti 7.0, cuja finalidade é facilitar a análise de conteúdo, para unidade ordenação e separação de unidade de sentido das categorias analíticas, seguido de discussão e interpretação dos achados. O uso do *software* para organizar os dados não se destinou, porém, a automatizar o processo de análise, mas serviu para simplificar o gerenciamento das informações codificadas para que o pesquisador pudesse interpretá-las.

As diferentes fases da análise de conteúdo, tal como o inquérito sociológico ou a experimentação, organizam-se em torno de três polos cronológicos, segundo Bardin, (2011): a pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise é a fase de organização propriamente dita. Tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Geralmente essa fase engloba três missões: a escolha dos documentos a serem analisados, a formulação de hipótese e dos objetivos e a elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final. **a) leitura flutuante** – a primeira atividade consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e conhecer o texto deixando-se invadir de impressões e orientações. **b) escolha dos documentos**, constituição do corpus, que é o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos ao procedimento de análise que representa a segunda etapa. Essa escolha pode depender dos objetivos ou, inversamente, os objetivos só poderão ser contemplados em função dos documentos disponíveis. O universo de documentos de análise pode ser determinado a priori pela: **regra da exaustividade** – é

preciso ter em conta todos os elementos desse corpus, não se podendo deixar de fora nenhum dos elementos por esta ou aquela razão, que não possa ser justificável no plano; **regra da representatividade** – a análise pode efetuar-se numa amostra, desde que o material se preste a isso; **regra da homogeneidade** – os documentos retidos devem ser homogêneos, isto é, devem obedecer a critérios precisos de escolha e não apresentar demasiada singularidade fora desses critérios; **regra de pertinência** – Os documentos obtidos devem ser adequados como fonte de informação, de modo a corresponderem ao objetivo que suscita a análise; **c) A formulação das hipóteses e objetivos** – uma hipótese é uma afirmação provisória que nos propomos a verificar (confirmar ou infirmar), recorrendo aos procedimentos de análise, cujo objetivo é a finalidade geral a que nos propomos ou que é fornecido por uma instância exterior, o quadro teórico e ou programático, no qual os resultados obtidos serão utilizados; **d) A referenciação dos índices e a elaboração de indicadores;** **e) A preparação do material.**

A exploração do material foi longa, consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração em função de regras previamente formuladas. Visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso, o investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado.

Inicialmente as entrevistas em formato *word* foram agrupadas no programa computacional ATLAS.TI, onde são chamados de documentos primários (*primary documents*), principiando uma unidade hermenêutica (*hermeneutic unit*) a qual foi nomeada de tese Rosimeire, dando-se início ao processo de codificação.

Na fase de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos. Dispondo de resultados significativos, os analistas passam a propor inferências, procedimento que consiste na passagem da descrição à interpretação. O ATLAS.ti vinculou citações e códigos permitindo aos analistas a visualização da relação lógica estabelecida. Os elementos relacionados foram conectados graficamente em redes.

Esta etapa consiste essencialmente em examinar, investigar e analisar os documentos primários. Faz-se a codificação dos documentos primários, transformando dados brutos dos textos documentais em informação passível de análise. Para tanto, foram criados códigos para a interpretação que permitiram selecionar no conteúdo o que era relevante para a pesquisa. A codificação compreende três estágios. No uso do ATLAS.ti, o primeiro estágio é a escolha das unidades de sentido e de

contexto. A unidade sentido é chamada de citações (*quotes*), enquanto as unidades de contexto são unidades de compreensão para codificar a unidade de sentido. O segundo estágio é o da codificação, que busca atribuir um nome, código ou conceito à unidade de sentido selecionada; o referencial teórico é essencial para a codificação. Quando um conceito admite diferentes formas de expressão é necessária a criação de vários códigos para contemplar sua diversidade, partindo-se em seguida para a categorização.

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos por diferenciação, que em seguida são reagrupados com critérios pré-definidos. No ATLAS.ti as categorias são chamadas de famílias (*families*). Relata-se a seguir a criação de categoria, denominação utilizada por Bardin, ou família, termo utilizado no ATLAS.ti.

Neste estudo alguns códigos originaram-se do referencial teórico, do objetivo proposto. Outros emergiram durante o processo da exploração do material. Leitura e releitura dos documentos e transcrição das entrevistas, seleção e codificação (*codes*) das frases (*quotations*) relacionadas aos objetivos da pesquisa, agrupamento dos códigos semelhantes que levaram à elaboração de subcategorias e posteriormente nas categorias.

A partir dos códigos, das categorias foram criadas subcategorias que compuseram os três manuscritos: 1) Percepções do idoso hipertenso segundo trabalhadores de enfermagem; 2) Significados atribuídos ao cuidado ao idoso hipertenso: um estudo com trabalhadores de enfermagem; e 3) Percepções da assistência à saúde do idoso hipertenso no âmbito da ESF segundo trabalhadores de enfermagem.

5 RESULTADOS

A análise dos dados revelou temas e subtemas que constituíram o arcabouço da representação social dos trabalhadores de enfermagem em relação aos idosos hipertensos deste estudo. Conforme Normativa 10/PEN/2011 do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC. Os resultados desta pesquisa são apresentados no formato de manuscritos. Assim, com base nos três temas resultantes apresentamos três manuscritos descritos na tabela a seguir:

Tabela 1 – Apresentação das categorias e subcategorias dos manuscritos da tese

MANUSCRITO	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
PERCEPÇÕES DO IDOSO HIPERTENSO SEGUNDO TRABALHADORES DE ENFERMAGEM	Capacidade funcional comprometida	a) Condições incapacitantes: déficits auditivos, visuais e de memória b) Isolamento social
	Condições adversas para o cuidado na família	a) salário comprometido com a família b) falta de recursos financeiros para custear alimentação saudável c) falta de recursos para custear a medicação
	Descuido da família com o idoso hipertenso	a) negligência familiar b) abusos e maus-tratos ao idoso hipertenso na família.
SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS AO CUIDADO AO IDOSO HIPERTENSO: UM ESTUDO COM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM	Processo de cuidado de enfermagem ao idoso hipertenso	a) Referenciais do cuidado à pessoa idosa hipertensa b) Prioridades no cuidado ao idoso hipertenso c) Ações do cuidado em enfermagem d) Processos administrativos no cuidado do idoso hipertenso.
	Promoção da saúde do idoso hipertenso	a) Ampliando o conceito de saúde no cuidado ao

		<p>idoso hipertenso</p> <p>b) Parcerias com a família</p> <p>c) Empoderando a pessoa idosa para o cuidado na hipertensão.</p>
<p>PERCEPÇÕES DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO HIPERTENSO NO ÂMBITO DA ESF SEGUNDO TRABALHADORES DE ENFERMAGEM</p>	<p>Elementos que favorecem o cuidado ao idoso hipertenso</p>	<p>a) O Contexto territorial</p> <p>b) Parcerias e proatividade dos profissionais no cuidado ao idoso</p> <p>c) O vínculo do usuário com a equipe</p>
	<p>Processos que dificultam o cuidado ao idoso hipertenso</p>	<p>a) Assistência centrada na doença</p> <p>b) Formação acadêmica pautada no modelo biomédico</p> <p>c) Inexistência de Intersetorialidade</p> <p>d) Descontinuidade do cuidado na rede assistencial</p>

5.1 MANUSCRITO 1 – PERCEPÇÕES DO IDOSO HIPERTENSO SEGUNDO TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

RESUMO

Pesquisa exploratória descritiva que objetivou compreender as percepções dos trabalhadores de enfermagem sobre o idoso hipertenso, foi priorizada as falas das participantes, a fim de evidenciar elementos acerca do idoso hipertenso. Realizado em três Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário Oeste, município de Natal, o estudo teve como cenário a Estratégia Saúde da Família, participaram 20 trabalhadores de enfermagem. Os dados foram obtidos no período de março a julho de 2014, através de entrevistas semiestruturadas, sendo os resultados submetidos à Análise de conteúdo e o software Atlas.Ti. 7.0. Evidenciaram-se aspectos com conotações negativas em que os trabalhadores reconhecem as dificuldades dos serviços aliadas às fragilidades do idoso hipertenso em participar das ações de saúde. Os resultados indicam a necessidade de ações interdisciplinares na prática assistencial que impactem positivamente na oferta e na qualidade dos serviços prestados a esse grupo etário.

DESCRITORES: Enfermagem. Hipertensão Arterial Sistêmica. Idoso.

ABSTRACT

Descriptive exploratory study aimed to understand the perceptions of nursing staff about the elderly hypertensive, was prioritized the testimonies of the participants in order to highlight elements about the hypertensive elderly. Conducted in three family health units of the West Health District, Natal, the study took place at the Family Health Strategy, participated in 20 nursing workers. Data were collected from March to July 2014 through semi-structured interviews and the results submitted to content analysis and ATLAS.ti software. 7.0. They showed up aspects with negative connotations in which workers recognize the difficulties of allied services to the weaknesses of the elderly hypertensive participate in health actions. The results indicate the need for interdisciplinary actions in care practice that impact positively on supply and quality of services rendered to that age group.

DESCRIPTORS: Nursing. Hypertension. Aged.

RESUMEN

Estudio exploratorio descriptivo tuvo como objetivo comprender las percepciones del personal de enfermería sobre los hipertensos de edad avanzada, se dio prioridad a los testimonios de los participantes con el

fin de poner de relieve los elementos sobre los ancianos hipertensos. Se realiza en tres unidades de salud de la Salud de la Familia del Distrito Oeste, Natal, el estudio se realizó en la Estrategia Salud de la Familia, participó en 20 trabajadores de enfermería. Se recogieron datos de 03 hasta 07, 2014 a través de entrevistas semi-estructuradas y los resultados presentados a análisis de contenido y el software ATLAS.ti. 7.0. Ellos se presentaron aspectos con connotaciones negativas en las que los trabajadores reconocen las dificultades de servicios conexos a las debilidades de los hipertensos ancianos participar en las acciones de salud. Los resultados indican la necesidad de acciones interdisciplinarias en el cuidado practican que impactan positivamente en la oferta y calidad de los servicios prestados a ese grupo de edad.

DESCRIPTORES: Enfermería. Hipertension. Anciano.

INTRODUÇÃO

Atualmente no Brasil, cerca de 75% das pessoas idosas encontram-se satisfatoriamente bem, vivendo de forma independente, sem precisar de auxílio para as suas atividades cotidianas (IBGE, 2010). Para essa população, é fundamental manter as atividades de promoção e de prevenção, para que continue vivendo de forma independente e autônoma, inserida socialmente e preservando sua cidadania.

Chaimowicz (2009) enfatiza que o acelerado processo de envelhecimento populacional no Brasil tem trazido a necessidade de organizar serviços de saúde e revisar políticas públicas, pois os dados epidemiológicos revelam que os agravos e as vulnerabilidades dos idosos brasileiros são impactantes no atual perfil de morbimortalidade, mormente nas classes populares. A transição demográfica e epidemiológica repercute nas políticas socio sanitárias e na implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), trazendo à tona novas demandas, destacando-se a necessidade de respostas ao envelhecimento, tanto nos serviços de saúde quanto no contexto sociofamiliar e cultural (FERNANDES; SOARES, 2012).

Capacidade funcional é o novo paradigma de saúde, particularmente relevante para o idoso, pois a saúde da população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), configurando-se como a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social. Esse segmento populacional apresenta grande diversidade, em termos de estado de saúde, antecedentes culturais, estilos e organização de vida, condições

socioeconômicas e outras variáveis, podendo apresentar condições crônicas que afetam a sua maneira de ser e sua qualidade de vida, em que fatores, como recursos financeiros limitados ou isolamento social, por exemplo, influenciam seu estado de saúde e bem-estar (RAMOS, 2002).

Nesse contexto, a atenção à saúde da pessoa idosa com hipertensão consiste num grande desafio, por exigir uma abordagem interdisciplinar e multidimensional que contribua para que, apesar das progressivas limitações que lhes possam ocorrer, seja possível descobrir estratégias para envelhecer com o nível máximo de qualidade. A abordagem da condição crônica também precisa ser flexível e adaptável às suas necessidades, com a identificação do estado situacional das condições de saúde do idoso e as intervenções orientadas para a prevenção, promovendo sua autonomia e independência. A enfermagem deve ajudar a minimizar suas limitações e a fortalecer sua capacidade, na perspectiva de mantê-los ativos e interessados no que os circunda, o que contribuirá para que continuem capazes e independentes física e mentalmente (NOBREGA; MEDEIROS, 2014).

E sendo a Hipertensão Arterial (HA) uma doença crônica que afeta grande parte da população idosa, deve-se buscar compreender dificuldades de cunho psicossocial, econômico, biológico e cultural que envolvem os idosos hipertensos, bem como relatos e percepções de trabalhadores da área da saúde que lidam com essa condição crônica. Entender as dificuldades torna-se relevante, principalmente ao articulá-las às condições de produção de conhecimento sobre a doença no imaginário social.

De modo geral, os aspectos psicossociais estão relacionados às crenças sobre a doença e à modificação dos hábitos e costumes necessários à convivência de seus portadores no âmbito social e familiar. Outros aspectos também são decisivos nesse processo de mudança, como a oferta de serviços de saúde à população, a condição socioeconômica e as desigualdades sociais, que agem coletivamente na saúde da população (SILVA; MOURA, 2011).

O tratamento e controle da HA na pessoa idosa representam desafios para as autoridades, para a família e para os profissionais de saúde, em face das dificuldades de ordem biológica, psicossocial, econômica e cultural que envolvem essa condição crônica (SILVA; MOURA, 2011). Os trabalhadores de enfermagem que assistem a pessoa idosa hipertensa têm seus conhecimentos sobre a doença, suas crenças, um saber comum, por meio do qual se comunicam socialmente e se orientam no dia a dia de sua prática.

Assim, sabe-se que se estabelecem relações entre os sujeitos envolvidos no ato de cuidar permeados de conhecimentos provenientes de seus diversificados contextos socioculturais e de seus significados, permitindo a apreensão dos acontecimentos do cotidiano, das características do ambiente e de informações a respeito dessa condição crônica. Acredita-se que das representações sociais dos trabalhadores de enfermagem poderão emergir por meio de conteúdos sobre as subjetividades dos trabalhadores de enfermagem, tendo em vista que as intervenções desses trabalhadores trazem elementos que possibilitam a apreensão de seus pensamentos, sentimentos e percepções oriundos de suas vivências, atitudes, valores, crenças e informações de acordo com suas experiências no processo de cuidar da pessoa idosa com hipertensão arterial no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

A questão norteadora desta pesquisa foi: Quais são as percepções dos trabalhadores de enfermagem sobre a pessoa idosa hipertensa no âmbito da ESF? Portanto, este estudo teve como objetivo: compreender as percepções dos trabalhadores de enfermagem sobre a pessoa idosa com hipertensão arterial na ESF, explorando seus aspectos relacionados aos conhecimentos, posicionamentos capazes de influenciar as práticas desses sujeitos na condução dessa condição crônica.

MÉTODOS

Pesquisa qualitativa, exploratória descritivo onde foram sujeitos da investigação os 20 trabalhadores de enfermagem da ESF no Distrito Sanitário Oeste do município de Natal, sendo dois auxiliares de enfermagem, oito técnicos de enfermagem e dez enfermeiros. Os dados foram coletados de março a julho de 2014. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, que o aprovou pelo Parecer nº 551.146/2014. O critério de inclusão dos trabalhadores de enfermagem para participar do estudo foi: atender o usuário portador de hipertensão arterial há mais de um ano na ESF e aceitar participar voluntariamente do estudo. O estudo é de natureza qualitativa, cujas informações foram obtidas através de entrevistas semiestruturadas. O teor das entrevistas gravadas foi transcrito e compôs o *corpus* documental que, após ser organizado, foi tratado por meio do *software* ATLAS.ti 7.0. O programa permite indexar, buscar e teorizar, com base nos dados não numéricos, facilitando a análise qualitativa dos dados, o armazenamento, a exploração e o desenvolvimento de ideias e/ou teorias sobre os dados. A categorização consiste em classificar os elementos constitutivos por

diferenciação, que são reagrupados com critérios pré-definidos. No processo de análise foram seguidos os seguintes passos propostos por Bardin para análise de conteúdo: leitura e releitura das entrevistas; codificação das expressões e/ou frases relacionadas ao idoso hipertenso, agrupamento dos códigos semelhantes que levaram à elaboração de três categorias que representam a pessoa idosa com hipertensão para as trabalhadoras de enfermagem na ESF.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todas as 20 participantes eram mulheres que trabalhavam nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Natal, no Distrito Sanitário Oeste, onde realizam parcerias na integração do ensino com serviço nos estágios curriculares da Universidade Federal Rio Grande do Norte (UFRN). Os sujeitos encontravam-se na faixa etária entre 40 e 59 anos de idade e tinham curso superior (45,4%) e nível médio (54,6%). O tempo médio de trabalho no setor foi de 12 anos. Na análise das percepções das trabalhadoras de enfermagem sobre a pessoa idosa com hipertensão arterial, esta foi representada como uma doença cujo controle enfrenta barreiras inerentes à própria condição de saúde do idoso, entre as quais estão suas dimensões socioeconômicas e familiares.

Ao discutirem as estratégias de enfrentamento dessa condição crônica, os trabalhadores de enfermagem, em suas percepções, tentam, de alguma forma, resolver os problemas dos idosos decorrentes de suas demandas, embora apontem dificuldades, limitações inerentes ao idoso hipertenso e barreiras de ordem social, familiar e econômica. Tal resultado reflete também no cotidiano dos serviços básicos de saúde, sobretudo quando os trabalhadores de enfermagem citam as dificuldades estruturais que encontram para desenvolver ações que sensibilizem o idoso hipertenso para o autocuidado da HA.

Apresentamos as categorias identificadas com base nos dados e que neste estudo delineiam as percepções da pessoa idosa com hipertensão elaboradas pelas trabalhadoras de enfermagem: 1) A primeira categoria se constitui em capacidade funcional comprometida; 2) A segunda categoria engloba as condições adversas para o cuidado na família; e por último, a categoria 3) Descuido da família com o idoso hipertenso.

Categoria 1 – Capacidade funcional comprometida – Essa categoria surgiu das seguintes subcategorias: a) Condições incapacitantes: déficits auditivos, visuais e de memória; e b) isolamento social.

Calcula-se que de 70% a 80% das pessoas idosas sejam dependentes, única e exclusivamente, dos serviços públicos de saúde (IBGE, 2010). Diante dessa realidade, Telles (2012) alerta que os serviços e saúde da rede pública precisam adequar-se ao envelhecimento populacional, principalmente na atenção básica, concebida basicamente para lidar com o binômio mãe/filho e com as doenças transmissíveis. No entanto, agora começam a se deparar cada vez mais com pessoas idosas, com portadores de doenças crônicas, principalmente hipertensão e diabetes, e precisam voltar o foco de seu olhar não mais para a doença, mas para a funcionalidade dessas pessoas, instrumentalizando essa rede para que ela possa dar resposta às demandas da população.

Condições incapacitantes como: déficits auditivos, visuais e de memória levam a uma condição de fragilidade e vulnerabilidade das pessoas idosas no domicílio, comprometendo o desempenho das atividades cotidianas. O processo incapacitante diz respeito à evolução de uma condição crônica, envolvendo fatores de risco demográficos, sociais, psicológicos, ambientais, estilo de vida, comportamento, características biológicas dos indivíduos e suporte para o cuidado (BRASIL, 2006).

Convém salientar que de 20% a 25% de idosos já desenvolveram algum grau de dependência (IBGE, 2010), e essas pessoas precisam de um atendimento diferenciado na saúde e em outros setores (BRASIL, 2006a), como demonstram os depoimentos a seguir:

Em relação à acuidade visual e auditiva do idoso, o risco de acidente ao tomar a medicação, se ele tomar uma dose maior, então ele tem um risco maior de adoecimento, de agravamento das complicações e assim, a gente sabe também que tudo tá muito diminuído, né? (P6).

Então assim, em relação ao hipertenso idoso, a gente tem muito mais cuidado na questão da orientação, porque infelizmente tem muitos idosos que não têm quem cuide deles, moram só, não sabem ler, têm problema de visão, a medicação que são idênticas, aqueles tabletes de comprimido. (P4).

Aqui na unidade eu fico preocupada mais com os idosos com idade avançada, porque eles não

conseguem tomar a medicação direito, ou esquecem ou não lembram que tomou, e eles não têm ninguém que se ofereça pra cuidar dessa parte da medicação. (P18)

No estudo de Chaimowicz e Coelho (2004), realizado em Ouro Preto/MG, sobre envelhecimento bem-sucedido, numa amostra aleatória representativa de idosos com 60 anos e mais, a má visão foi referida por 62% dos idosos, 33% deles com restrição para algum tipo de atividade; 44% relataram dificuldades para ouvir, 69% para entender palavras e 31% para assistir televisão, ouvir rádio e conversar ao telefone.

A relação da enfermagem com os idosos que apresentam déficits físicos ou cognitivos deve ocorrer no sentido de maximizar suas potencialidades e minimizar suas incapacidades, promovendo o ser humano e sua saúde, daí porque a representação social das trabalhadoras de enfermagem aqui revelada também suscita uma preocupação com desvalorização das reais capacidades da pessoa idosa de enfrentar seus problemas de saúde e com as quais a equipe de enfermagem deveria desenvolver o cuidado ao idoso hipertenso.

Isolamento social

Para Pinto e Neri (2013), a abordagem da saúde do idoso requer uma perspectiva multidimensional e integral dos fenômenos saúde, funcionalidade, envolvimento social e bem-estar subjetivo. O envolvimento social, constituído pela participação em atividades sociais, produtivas, de lazer e organizacionais é um bom indicador de capacidade funcional, de motivação para a atividade e para o contato social e de cognição preservada, motivo pelo qual deve merecer atenção na avaliação do idoso. A avaliação precoce e precisa de limitações nessas atividades, que precedem as perdas em Atividade Instrumental de Vida Diária e em Atividade Básica Vida Diária, é de grande valia para a promoção e a manutenção da qualidade de vida até idade avançada.

Tal situação pode ser observada nos depoimentos dos profissionais:

Aqui o idoso hipertenso, acho que 10%, 20% deles, moram sozinhos, entendeu? O médico passa os exames e eles não fazem porque não têm como. Dava a receita, você via que estava do mesmo jeito, porque ele não sabia fazer esse cadastramento. (P20).

Tem idoso que não tem pessoas pra ficar com eles, eles vivem praticamente sós, aí fica difícil por isso. Tem uns que os familiares saem de (P9).

Ainda no estudo de Chaimowicz e Coelho, (2004) a avaliação do risco de isolamento social revelou que 65% deles poucas vezes ou nunca recorriam à família quando acometidos por problemas de saúde ou emocionais; 33% poucas vezes ou nunca participavam das decisões importantes na família e 24% poucas vezes ou nunca se encontravam com amigos, vizinhos ou parentes.

Para Lebrão (2007), a ideia de associar pessoas idosas a doenças e dependência deve ser substituída por mudanças que as façam permanecer mais tempo ativos e independentes. Atuando na direção dessa mudança de paradigma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou o termo “envelhecimento ativo” para expressar o processo de conquista dessa visão. Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais, e permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.

Diante dessa realidade, evidencia-se nas percepções dos trabalhadores de enfermagem que no cotidiano da ESF, ao lidar com a pessoa idosa hipertensa vem-se deparando com o idoso com a sua capacidade funcional comprometida, o que requer mais empenho, novas abordagens no cuidar, buscando intervenções de uma equipe multiprofissional, bem como o uso de mecanismos intersetoriais para tornar esses idosos mais ativos, lançando mão do desenvolvimento de parcerias, desenvolvendo e fortalecendo suas potencialidades junto às famílias e comunidades para propor cuidados mais adequados à conjuntura em que se encontram esses idosos.

Categoria 2 – Condições adversas para o cuidado na família

A família é a principal instituição responsável pelo cuidado das pessoas idosas e ele ocorre no contexto domiciliar, seja pelo compromisso das famílias de cuidar de seus parentes idosos ou pela dificuldade de institucionalização. (CAMARANO; KANSO 2010). No entanto, esta categoria revela a dificuldade das famílias de cuidá-los adequadamente. Nesta categoria as trabalhadoras de enfermagem revelam informações, conhecimentos sobre as dificuldades da família de conduzir a pessoa idosa com hipertensão arterial na ESF para seguir corretamente o tratamento e adotar estilo de vida saudável, como se verifica na descrição das subcategorias que a compõem: a) salário comprometido com a família; b) falta de recurso financeiro para custear alimentação saudável; e c) falta de recurso financeiro para custear medicação.

Nas percepções dos trabalhadores de enfermagem, as barreiras socioeconômicas indicam que essas situações são de difícil controle e, por isso, dificultam a prática do trabalho que realizam no acompanhamento da pessoa idosa hipertensa. Tal situação coloca em evidência a dificuldade desses trabalhadores em lidar com questões de ordem social para buscar mecanismos que fortaleçam estratégias de promoção da saúde com o idoso, sua família e sua comunidade, tornando-o protagonista na busca de melhores condições de saúde.

Esses aspectos representados pelos trabalhadores de enfermagem referidos na presente categoria revelam que para controlar a hipertensão no idoso é imprescindível que ele adira ao tratamento e cumpra as medidas terapêuticas recomendadas, medicamentosas ou não, objetivando manter sua pressão arterial em valores considerados normais com base na Diretriz de Hipertensão na IV DIRETRIZ DE HIPERTENSÃO (2010).

Salário comprometido com a família

As pessoas de 10 anos ou mais de idade das famílias do Rio Grande do Norte (RN), segundo o Censo 2010, eram 2.411.143, das quais 1.234.549 faziam parte da População Economicamente Ativa (PEA), distribuídas da seguinte forma: Ocupadas – 1.114.683 pessoas, ou 90,3%; Desocupadas – 119.866 pessoas, ou 9,7%, enquanto a população economicamente não ativa no RN era de 1.176.593 pessoas. O rendimento médio mensal familiar per capita, em reais, no estado potiguar, mostrava que, apesar dos efeitos positivos dos programas

governamentais de transferência de renda e do crescimento real do salário mínimo, ainda existia forte desigualdade de riqueza e renda no Estado, sendo a 2ª maior concentração de renda do Nordeste (IBGE, 2010). Tal situação pode ser observada nos depoimentos das trabalhadoras de enfermagem:

Outra dificuldade que a gente tem é porque o idoso, na maioria das vezes, é aposentado, e a aposentadoria dele não é só pra ele, muitas vezes é pra uma família, e para esse idoso poder comprar medicação, que na unidade nem sempre tem todas as medicações, pra ele ter um alimento mais saudável, que a gente sabe que os alimentos que são mais saudáveis são mais caros, então assim, é complicado; a pessoa tem um salário mínimo pra toda a família. (P5).

Esse idoso, muitas vezes com a aposentadoria que tem, já sustenta um monte de gente, desempregado que não arruma emprego, ou por falta de vontade mesmo, e muitas idosas que criam netos, então assim, ela já é idosa, hipertensa, mas ela cria três, quatro, cinco netos, aquela casa cheia de gente. Então é difícil, sabe? (P17).

Então, tem várias situações que podem contribuir pra que ele não realize com sucesso o seu tratamento; a própria condição da família, muitas vezes ele é o mantedor (sic) daquela família inteira, com a renda que seria só pra ele, com a aposentadoria dele que seria pra ele se alimentar, pra ele se medicar, pra ter uma condição de vida melhor [...] e aí ele é mantedor daquela família inteira. (P16).

Nas percepções dos trabalhadores de enfermagem nota-se o quanto a renda dos idosos está comprometida com o orçamento familiar, repercutindo diretamente nas medidas terapêuticas adotadas pela equipe de saúde, uma vez que sua renda em muitos casos acaba sendo o único recurso pra manter a família.

Nas percepções dos trabalhadores de enfermagem, as barreiras socioeconômicas indicam que essas situações são de difícil controle e,

por isso, dificultam a prática do trabalho que realizam no acompanhamento da pessoa idosa hipertensa. Tal situação coloca em evidência a dificuldade dessas trabalhadoras em lidar com questões de ordem social no sentido de buscar mecanismos para fortalecer estratégias de promoção da saúde com o idoso, sua família e sua comunidade, tornando-o protagonista na busca de melhores condições de saúde.

Diante do exposto, os trabalhadores de enfermagem devem apropriar-se do seu processo de trabalho com autonomia e aplicar as políticas públicas no contexto social da comunidade, com envolvimento da equipe multiprofissional através das atividades de educação em saúde, criando alternativas viáveis para mudança de comportamento para enfrentar essa condição crônica, incentivando o autocuidado, mudanças no estilo de vida e promovendo a adesão ao tratamento, além da busca por melhor qualidade de vida.

Falta de recurso financeiro para custear alimentação saudável

O cuidado com a alimentação e a prática de atividades físicas são relevantes, se aliados à terapêutica medicamentosa, e apresentam resultados positivos no controle da hipertensão arterial. Essa visão ampliada do tratamento da hipertensão arterial, mesmo sendo difícil de ser implantada nos serviços de saúde, deve guiar as ações assistenciais aos portadores dessa condição crônica.

Embora a modificação de hábitos alimentares seja uma das principais estratégias para prevenir doença cardiovascular, parece que apenas orientações quanto a isso não têm conseguido convencer os idosos a incorporarem hábitos alimentares mais saudáveis. Os fatores socioculturais e econômicos parecem prevalecer entre os idosos na hora de escolher os alimentos. Para Gadenz e Benvegnú (2013), as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte e incapacidade em idosos. Em seu estudo foram identificados hábitos alimentares e fatores associados à prevenção de doenças cardiovasculares em 212 idosos hipertensos numa unidade saúde da família em município do Rio Grande do Sul, onde se verificou maior prevalência de idosos jovens, do sexo feminino, com poucos anos de estudo e de baixa renda. Os hábitos alimentares dos idosos hipertensos avaliados estão aquém daqueles preconizados. Fatores socioeconômicos, características de saúde e utilização dos serviços de saúde influenciaram na prática de hábitos alimentares saudáveis. O hábito e o preço foram as principais motivações referidas pelos idosos para a escolha dos alimentos.

Os resultados do presente estudo revelam que os idosos hipertensos estão encontrando dificuldade para adotar hábitos alimentares saudáveis, o que dificulta ainda mais na definição de estratégias para o trabalho cotidiano de prevenção e controle das doenças cardiovasculares em idosos.

Nem sempre eles têm dinheiro pra manter uma alimentação adequada, e muitos deles são viciados em comer charque, essas coisas assim, e não abrem mão. Todos gostam muito de feijão com charque. (P20).

E pra falar a verdade, dieta é muito cara, nem todo mundo pode [fazer]. Se você comprar um leite, já é um pouco salgado o preço, qualquer coisa que você for comprar, tanto para o diabético quanto para o hipertenso. Comprar uma coisa diet, light, é tudo lá em cima o preço, e muitos deles não podem. (P11).

Então, muitas vezes ele não se alimenta bem porque não tem uma renda suficiente pra se alimentar bem; ele não toma a medicação direito porque a rede de serviços não garante a medicação do programa com regularidade e aí ele deixa de tomar aquela medicação, porque a medicação dele não é a medicação do programa, porque ele já está no limite da doença e aquela medicação do programa já não faz mais efeito e a outra medicação mais forte não lhe é garantida, ele precisa comprar, entende? (P15).

Muitos não têm condições de fazer uma dieta porque não têm condições financeiras, comem o que tiver em casa, quando tem para comer. E quando não tem? Então, o que tem pra comer é aquilo que eles vão comer. (P3).

As dificuldades relativas ao poder econômico foram mencionadas pelos trabalhadores de enfermagem referentes àquelas sentidas pelas pessoas idosas com hipertensão para realizarem as mudanças necessárias em sua alimentação para o controle da doença. Para eles, a escassez de recursos financeiros é condição para que não adquiram os alimentos recomendados, e na maioria das situações o idoso hipertenso come a

comida que ele pode adquirir e não o que foi sugerido para mudança de seus hábitos alimentares. Outro fator importante mencionado sobre os hábitos alimentares é a indisponibilidade dos familiares para preparar a alimentação, quando a maioria trabalha fora do lar, ficando a pessoa idosa responsável por esse preparo. Outra situação apontada é que existem hipertensos idosos que vivem sós e que passam pela mesma situação, ou seja, eles mesmos cuidam sozinhos de sua alimentação.

Falta de recurso para custear medicação

O uso dos medicamentos é o grande desafio para o sistema de saúde, pois as pessoas não aderem ao tratamento da maneira correta. O medicamento é usado erradamente por grande parte dos idosos hipertensos, dificultando o tratamento prescrito. Eles não se comprometem com o cuidado, e esse comportamento é visto pelas trabalhadoras como um desmotivador para que as ações de saúde sejam realizadas nas unidades básicas. Percebe-se também que os idosos hipertensos só comparecem ao serviço para atualizar as receitas e não assumem a responsabilidade pelo uso correto dos medicamentos prescritos, demonstrando dificuldades para lidar com a medicação. Por isso, outras ações recomendadas se tornam difíceis de serem assumidas sem as mudanças necessárias ao estilo de vida desses idosos hipertensos.

Como a população envelhece e os idosos vão desenvolvendo mais doenças crônicas, o número de consultas se amplia. E mais consultas levam a maior consumo de medicamentos, mais exames complementares e hospitalizações (IBGE, 2009). Nas falas das trabalhadoras de enfermagem percebe-se uma dificuldade no uso dos medicamentos anti-hipertensivos, porque os idosos hipertensos acabam não os usando corretamente, por dificuldades inerentes aos déficits de visão e de memória, prejudicando o tratamento correto. Contudo, é preciso que as ações das trabalhadoras de enfermagem possibilitem estratégias que reduzam erros desses idosos no uso dos medicamentos.

Ainda sobre o uso dos anti-hipertensivos pelos idosos, o conteúdo das falas reitera as dificuldades dos idosos no acesso às farmácias populares por dependerem de transportes coletivos para vencer a distância entre elas e suas residências, e pelo distanciamento desses usuários das medidas terapêuticas associadas à medicamentosa, como a participação em reuniões que proporciona maior conscientização sobre a doença e sobre as possibilidades de seu controle com a incorporação da prática de exercícios físicos, da mudança nos hábitos alimentares e da redução do estresse. Essas situações têm dificultado maior adesão às

medidas de controle da hipertensão expressas no comportamento relutante dos idosos em aceitar a dieta adequada, comparecer às reuniões e mudar seu estilo de vida.

Esses resultados vão ao encontro do estudo de Almeida, Paz e Silva (2011) sobre representações sociais a respeito de hipertensão arterial e o cuidado representado por profissionais de saúde no qual os autores obtiveram duas concepções com as seguintes ideias centrais: a hipertensão tem controle, mas as pessoas resistem ao tratamento porque ele exige mudanças no seu estilo de vida; a hipertensão arterial é uma doença que limita a vida. Para os profissionais de saúde desse estudo, a HA é uma doença que pode ser controlada por vários mecanismos existentes nos serviços básicos de saúde, como os medicamentos, as consultas e os grupos. No entanto, é grande a dificuldade para viabilizar a assistência ao grupo, pela resistência dos usuários em participarem das ações que são ofertadas pelo serviço, o que pode desmotivar o profissional (ALMEIDA; PAZ; SILVA, 2011).

Assim, nas suas percepções os trabalhadores de enfermagem destacam sua descrença nas medidas de controle da doença, considerando as dificuldades relacionadas à falta de aprendizagem por parte dos portadores de hipertensão diante da inexistência de orientações sobre essas medidas.

Então, o médico dá aquela receita para o paciente receber três meses a medicação nas farmácias populares. E isso também o distancia da unidade de saúde, porque ele se cadastra lá e aí ele vai para farmácia pegar essa medicação lá. A farmácia popular facilitou por um lado, mas distanciou os idosos das atividades aqui no serviço. (P17).

Eles têm que se deslocar daqui pra Felipe Camarão pra poder receber essa medicação e muitos deles não têm CPF, não têm identidade, não sabem fazer isso, ou a família não faz. Então, eles voltam pra cá com a mesma receita dizendo que não sabem fazer. (P20).

Os idosos hipertensos aqui do bairro [...] tem gente que sai daqui e vai lá para Felipe Camarão ou para Cidade da Esperança, e na realidade muitas vezes eles não têm dinheiro pra ir, não têm passagem e aí ficam sem a medicação. (P19).

Fica evidente que a terapêutica medicamentosa é vista como a ação que precisa de maior enfoque no serviço de saúde para o controle dessa condição crônica no idoso. As trabalhadoras de enfermagem mostram que também é preciso trabalhar com outras modalidades de tratamento para controlar a doença hipertensiva, incluindo as mudanças no estilo de vida.

As reuniões são pouco frequentadas e pouco valorizadas pelos idosos hipertensos, pois essa nova dinâmica de disponibilizar os medicamentos na farmácia popular tem afastado os idosos hipertensos da continuidade de ações em prol da saúde dos hipertensos, porquanto o usuário tem passado três meses sem comparecer ao serviço de saúde, afastando-se das equipes. E quando comparece, sua atenção é limitada à renovação de receitas, ficando as atividades educativas em segundo plano.

Ao mesmo tempo, os trabalhadores devem incentivar os idosos hipertensos a participarem das atividades que a unidade de saúde oferece, reconhecendo a prevenção das doenças e a promoção da saúde como o objetivo desses encontros. Na oportunidade, procuram trabalhar questões relacionadas ao tratamento e controle da hipertensão arterial de modo a alcançarem o maior número de idosos e não apenas um grupo específico de hipertensos.

Categoria 3 – Descuido da família com o idoso hipertenso

Outro aspecto representado pelos trabalhadores de enfermagem diz respeito à integração que tentam fazer com a família. A família é um sistema de unidade de valores culturais, em que se presumem relações pessoais e troca de afeição, conformando um ideal que todos ou muitos almejam, como um porto seguro para as experiências de vida de seus membros. O valor da unidade familiar foi reconhecido pelo Ministério da Saúde (MS), que passou a utilizá-la como parte importante na ESF por considerá-la a porta de entrada do SUS. O esforço de implantação da ESF em todo o território nacional impõe a atenção às famílias no interior de suas casas, abrindo um espaço imenso e promissor para a Enfermagem. O acolhimento ao idoso e sua família nos serviços de saúde só se evidenciará se a pessoa idosa, mesmo com doenças crônicas, ou fragilizada com o avançar da idade, puder manter-se apoiada em suas necessidades, para desfrutar condignamente de qualidade de vida e do aconchego de sua família, que, por sua vez, deve ser valorizada em seu papel de cuidadora (ALVAREZ; GONÇALVES, 2012).

Porém, a negligência e os maus-tratos contra a pessoa idosa reforçam o conhecimento das trabalhadoras sobre as relações que permeiam os familiares e idosos hipertensos, mencionando as situações de desestruturação familiar, negligência e maus-tratos contra a pessoa idosa, situações essas encontradas na convivência desses trabalhadores com os idosos hipertensos no âmbito da ESF, como mostram estas subcategorias: a) negligência da família; e b) Abusos e maus-tratos ao idoso hipertenso na família.

Negligência da família

Para Rodrigues et al. (2010), qualquer que seja a forma de violência utilizada, todos os tipos de maus-tratos aos idosos implicam, fundamentalmente, uma violação de confiança, em que a saúde mental ou física de uma pessoa idosa é afetada por outra pessoa que é responsável pelo seu bem-estar. Esses maus-tratos vão desde a violência física, que inclui espancamentos, bofetadas, pontapés, safanões ou outras formas explícitas de força física para magoar, até a negligência intencional ou não, maus-tratos psicológicos e os relacionados à exploração financeira.

Com o idoso acamado dependente, já chegou momentos que a gente teve que tomar atitudes assim, que a gente via descaso, chegar de 9h da manhã na casa do paciente, o paciente tá ainda deitado no leito, todo urinado, sem tomar café, sem se levantar, gritando, coisas que a gente fica tão magoada, né? (P12).

E é isso que eu falei também inicialmente: são idosos que não tomam a medicação direito, eles precisavam de alguém que desse a medicação ou olhasse ou supervisionasse essa droga, se alimentam mal ou ficam a manhã toda esperando que alguém da família mande almoço. Muitas vezes eles não comem adequadamente. (P4).

Os cuidados são muito pequenos, já teve idosos que a gente precisou fazer denúncia, que a gente faz com muito medo, com muito cuidado, porque você sabe que pode vir o efeito contrário, né? E a gente se respalda muito disso. (P12).

Nota-se nas percepções dos trabalhadores de enfermagem que essa realidade exige atenção especial para traçar estratégias que proporcionem um cuidar saudável e com equilíbrio para a tríade desse processo de cuidar: equipe de saúde-idoso-cuidador-familiar.

A negligência com pessoas idosas pode apresentar-se como recusa ou omissão de cuidados necessários pelos familiares ou instituições, assim como submeter à pessoa idosa a falta de aporte financeiro, de cuidados básicos, como alimentação, hidratação, higiene pessoal, vestuário, medidas de conforto e segurança pessoal caracterizam esse tipo de violência (SOUZA *et al.*, 2010). Em geral, os profissionais da área da saúde são os que primeiro detectam sinais de negligência cometida contra os idosos, porque estão aptos e preparados para abordar a vítima e realizar o diagnóstico de maus-tratos.

Nas percepções dos trabalhadores de enfermagem evidenciam-se os aspectos sociais, como, por exemplo, a negligência da família como os mais difíceis de serem controlados, mas é importante que iniciativas sejam tomadas no sentido de contribuir para normalizar a situação, em benefício da saúde dos idosos hipertensos e de estabilização da sua pressão arterial. Diante dessas considerações, nota-se nas representações sociais das trabalhadoras de enfermagem que as famílias não se têm preocupado e se ocupado no cuidado de seus membros idosos hipertensos. Por isso, é de suma importância estabelecer e fortalecer uma relação mais estreita de parceria com os familiares, vendo-os como colaboradores.

Abusos e maus-tratos ao idoso hipertenso na família

O abuso e maus tratos estão relacionados tanto a violência psicológica quanto a violência física. A agressão psicológica é a mais frequente e de longa duração, provavelmente explicado pela condição subalterna e complexa em que vive a pessoa idosa no contexto domiciliar, podendo ou não acontecer acompanhadas de violência física ou gritos, insultos, indiferença, rechaço, ameaças, destruição das coisas pessoais da vítima, entre outras. (MARTINA *et al.*, 2010).

Nessas percepções dos trabalhadores de enfermagem são revelados os diferentes sentidos de situações de maus-tratos, como se nota nestas falas:

Não é fácil, porque na maioria das idosas hipertensas os filhos vivem do salário dela e na maioria das vezes são filhos dependentes

químicos e fica com o cartão dela, uma coisa muito complicada... A gente procura fazer o que pode. (P19).

Aí a gente tem que ver a questão da alimentação dela, se ela está sedentária ou não, estimular a vir para os grupos, estimular a fazer caminhadas ou hidroginástica, alguma coisa, ver essa questão da solidão, a questão dos maus-tratos na pessoa idosa... A gente fez isso várias vezes aqui, de denunciar, de ir atrás. (P23).

A realidade é um bairro de periferia, onde as condições econômicas não são legais: tem a questão da droga, do alcoolismo, vem tudo isso aí da violência física, a violência assim é terrível. Quantas e quantas vezes o idoso chega triste, abatido, preocupado, porque tem um neto, um filho envolvido com droga e está preso, essas coisas assim, que perturbam muito a vida deles, e eles são idosos e muitas vezes está responsável por aquela família, pelos filhos, e agora os netos. (P16).

O estudo de Araújo, Cruz e Rocha (2013) permitiu verificar a forma como Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Profissionais de Saúde representaram socialmente a violência contra a pessoa idosa, associando-a tanto à falta de preparo por parte do profissional de saúde quanto à falta de preparo do familiar e ou cuidador. Verifica-se que é grande a dificuldade de se aplicar as leis penais de proteção ao idoso, punindo efetivamente aqueles que os agredem e maltratam.

Essas percepções dos trabalhadores de enfermagem deixam evidente o cenário de diferentes práticas de violências responsabilizando as relações familiares, dentro de suas casas, sendo os autores, em sua maioria os próprios membros da família.

Portanto, nessas falas das trabalhadoras de enfermagem observa-se que a violência física é frequentemente acompanhada de violência psicológica e exploração financeira, e às vezes também de negligência. Diante do exposto, o controle da HA traz evidências da presença de elementos sociais das trabalhadoras de enfermagem quanto ao seu posicionamento sobre o cuidado que prestam à pessoa idosa hipertensa.

Assim sendo, a dinâmica do cuidado ao idoso se beneficia quando é ampliada, envolvendo-o em sua totalidade, unicidade e

diversidade, sem deixar de lado seus cuidadores e familiares, visto que a atenção não deve estar voltada só para as necessidades físicas, mas deve estender-se também para as psicológicas e socioculturais, incluindo a participação da família como colaboradora nesse processo do cuidar humano. É importante salientar que, diante desses relatos, há necessidade de implantar práticas integrativas nos diferentes níveis de atenção à saúde, contribuindo para a satisfação das necessidades singulares não apenas dos idosos, mas incluindo o cuidador e a família como foco do cuidado de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial na pessoa idosa apresenta um contexto social no qual é possível perceber significativas nuances do modo de viver dos idosos na percepção dos trabalhadores de enfermagem. Apesar das dificuldades para torná-la uma doença controlável, é possível enfrentar a hipertensão em conjunto com o idoso nos domicílios, com as famílias e nas unidades saúde da família.

Ao lidar com idosos hipertensos, os trabalhadores deste estudo notaram claramente que eles apresentavam limitações, como déficits físicos, sociais e de memória, que representam dificuldades para serem trabalhadas no seu cotidiano assistencial no contexto da ESF. Os trabalhadores de enfermagem vivenciam na prática do cuidado ao idoso com hipertensão arterial na ESF dificuldades em desenvolver suas ações nos serviços, em face da carência dos recursos básicos para o controle da doença, como medicamentos específicos, além das dificuldades que a pessoa idosa apresenta para aderir ao tratamento prescrito pelos profissionais.

O estudo procura discutir essa realidade e trazer contribuições para lidar com o idoso hipertenso. É necessário que os trabalhadores de enfermagem busquem mecanismos que superem o trabalho técnico, sempre na perspectiva do tratamento e do controle da doença, considerando a complexidade do processo, pois não há solução simples para o grande problema que é a hipertensão arterial na pessoa idosa e ainda mais em circunstância tão adversa.

Diante do exposto, acreditamos que as percepções dos trabalhadores de enfermagem sujeitos do estudo constituem a parte da realidade conhecida à qual se atribui um valor de realidade como forma de preservar sua própria subjetividade. O referencial teórico e o método de pesquisa qualitativa utilizados no presente estudo mostraram-se adequados, considerando a riqueza do *corpus* de análise obtido, que

possibilitou compreender as percepções das trabalhadoras de enfermagem sobre o idoso com hipertensão arterial no âmbito da ESF. As limitações da presente investigação se prendem ao número de participantes e à delimitação do local. Contudo, outros estudos poderão explorar o tema e ampliar sua compreensão.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G.B.S.; PAZ, E.P.A.; SILVA, G.A. Representações Sociais sobre a hipertensão arterial e o cuidado: o discurso do sujeito coletivo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 459-465, 2011.

ALVAREZ, A.M.; GONÇALVES, L.H.T. Enfermagem e o cuidado ao idoso no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n.5, p. 715-716, 2012.

ARAÚJO, L.F.; CRUZ, E.A.; ROCHA, R.A. Representações sociais da violência na velhice: estudo comparativo entre profissionais de saúde e agentes comunitários. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 1, p. 203-212, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica 19 – **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2006. 192 p.

_____. _____. **Portaria nº 2528/GM**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Diário Oficial da União de 19 de outubro de 2006, Poder Executivo. 2006a.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADS. In: CAMARANO, A.A. (Org.). **Cuidados de longa duração para população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p. 93-122.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: COOPMED NESCON UFMG, 2009.

CHAIMOWICZ, F.; COELHO, G.L.L.M. **Expectativa de vida de incapacidade em Ouro Preto**. Relatório técnico final. Brasília: Conselho Nacional de Pesquisa, 2004.

FERNANDES, M.T.O.; SOARES, S.M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p.1494-1502, 2012.

GADENZ, S. D.; BENVENÚ, L. A. Hábitos alimentares na prevenção de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos hipertensos. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 18, n. 12, p. 3523-3533, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=12&uf=00>> Acesso em: 10 maio 2014.

_____. **Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica** número 25. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. 2009.

LEBRÃO, M.L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica, São Paulo. **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 17, p. 135-140. 2007.

MARTINA, M. et al. Violencia hacia el adulto mayor: Centros Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Lima-Perú, 2009. **Revista Peruana de Epidemiologia**, v. 14, n. 3, p.1-7. 2010.

NOBREGA, M.M.L; MEDEIROS, A.C.T.; Como prestar cuidados sistematizados à pessoa idosa utilizando os elementos da prática de enfermagem? Uma proposta de catálogo CIPE. In: LOPES, J.M; MENDES, F.R.P; SILVA, A.O. **Envelhecimento Estudos e Perspectivas**. cap. 3. p. 235-251, 2014.

PINTO, J.M.; NERI, A.L. Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: Estudo Fibra. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3449-3460, 2013.

RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.72-78.

RODRIGUES, T.P. et al. Sentidos associados à violência para idosos e profissionais. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 772-778, 2010.

SILVA, M.E.D.C.; MOURA, M.E.B. Representações de profissionais da saúde sobre a hipertensão arterial. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 75-82, 2011.

SOUZA, D.J. et al. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 2. 2010.

TELLES, J. L. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**.

Entrevista. 2012. Disponível em:

<<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>>.

Acesso em: 07 dez. 2012.

5.2 MANUSCRITO 2 – SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS AO CUIDADO DO IDOSO HIPERTENSO: UM ESTUDO COM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

RESUMO

Estudo qualitativo, do tipo descritivo com o objetivo de compreender as percepções dos trabalhadores de enfermagem sobre o cuidado a pessoa idosas com hipertensão arterial na ESF, tendo como cenário a Estratégia Saúde da Família, com a participação de 20 trabalhadores de enfermagem. Para obtenção dos dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas. Os dados foram analisados combinando a análise de conteúdo com o software ATLAS.ti 7.0. Os resultados apontaram duas categorias relacionadas ao cuidado prestado: A Categoria 1) Processo de cuidado de enfermagem ao idoso hipertenso; e Categoria 2) Promoção da saúde do idoso hipertenso. Observou-se que os sentidos associados ao cuidado dispensado ao idoso hipertenso demonstram um olhar voltado para o cuidado integral e humanizado. Considerando que as pessoas em condições crônicas requerem cuidados distintos, os quais se constituem num leque de ações diversificadas e de longa duração, o que requer atributos diferenciados que fortaleçam a prática de cuidados inovadores.

DESCRITORES: Enfermagem. Cuidado de Enfermagem. Promoção da saúde. Idoso.

ABSTRACT

Qualitative study was descriptive in order to understand the perceptions of nursing professionals on the care of older people with high blood pressure in ESF, against the backdrop of the Family Health Strategy, with the participation of 20 nursing workers. For data collection semi-structured interviews were used. Data were analyzed by combining content analysis with the software ATLAS.ti 7.0. The results showed two categories related to the care provided: Category 1) nursing care of the elderly hypertensive process; and Category 2) Health promotion hypertensive elderly. It was observed that the senses associated with the care given to the elderly hypertensive demonstrate an eye toward the integral and humanized care. Whereas people with chronic conditions require different care, which constitute a diversified range of equity and long-term, which requires differentiated attributes that strengthen the practice of innovative care.

DESCRIPTORS: Nursing. Nursing Care. Health Promotion. Aged.

RESUMEN

Estudio cualitativo descriptivo para comprender las percepciones de los profesionales de enfermería en el cuidado de personas mayores con hipertensión arterial en ESF, en el contexto de la Estrategia Salud de la Familia, con la participación de 20 trabajadores de enfermería. Para la recolección de datos se utilizaron entrevistas semi-estructuradas. Los datos se analizaron mediante la combinación de análisis de contenido con el software ATLAS.ti 7.0. Los resultados mostraron dos categorías relacionadas con la atención recibida: Categoría 1) cuidados de enfermería del proceso hipertensivo ancianos; y Categoría 2) Promoción de la salud hipertensos de edad avanzada. Se observó que los sentidos asociados con la atención a los hipertensos ancianos demuestran la mirada puesta en la atención integral y humanizada. Mientras que las personas con condiciones crónicas requieren cuidados diferentes, que constituyen una gama diversificada de la equidad y de largo plazo, que requiere atributos diferenciados que fortalecen la práctica de la atención innovadora.

DESCRIPTORES: Promoción de la Salud. Anciano.

INTRODUÇÃO

No censo demográfico realizado em 2010 o IBGE projeta para 2030 um incremento de 26 milhões de brasileiros, passando o país dos atuais 190 milhões de habitantes para 216 milhões. No município de Natal, a população em 2010 era de 803.739 habitantes, dos quais 97.764 eram de pessoas com idade acima de 60 anos. Esse envelhecimento da população brasileira, como ocorre em outros países, vem provocando mudanças na economia, nas estruturas das relações sociais e culturais, nas práticas institucionais, e na assistência social e de saúde voltadas para essa população, mudanças essas que colocam o Estado, a família e a sociedade como um todo em busca de caminhos para lidar com essa nova situação (SOBRINHO; PAULA, 2014).

Com os avanços na qualidade de vida da população brasileira, que alteraram seu perfil, é possível às pessoas vivenciarem processos de envelhecimento com saúde, disposição física e desenvolvendo atividades laborais. Mas também podem adoecer, devido às alterações fisiológicas naturais que limitam o organismo humano, deixando-o suscetível ao aparecimento de afecções crônicas, o que pode gerar perda de autonomia, dependência física e uso de múltiplos medicamentos, além de alterações emocionais e sociais (CAMACHO, 2010). No âmbito

da saúde, a Política Nacional do Idoso (PNI) destaca a necessidade de garantir ao idoso a assistência à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), prevenindo agravos, promovendo, protegendo e recuperando a saúde do idoso, por meio de programas e medidas profiláticas (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, as políticas de direitos das pessoas idosas no Brasil preconizam a criação de programas que otimizem o potencial da pessoa idosa para manter sua vida social e seu bem-estar num nível de viver condigno. Esses referenciais devem ser efetivamente considerados na prática da Enfermagem, incorporando uma visão mais abrangente sobre o que representa o idoso na sociedade e quão importante é, em seu desenvolvimento humano, a perspectiva de construir e reconstruir sua cidadania (ALVAREZ; GONÇALVES, 2012).

O cuidado, que sempre fez parte de todo o viver humano, é agora tratado com maior destaque na velhice. Nesse sentido, Waldow (1995, p. 30) refere que o significado do cuidado deve ser incorporado às práticas do cuidado pelo profissional:

O cuidado é o fundamento da ciência Enfermagem (...) e cuidar significa empreender comportamentos e ações que envolvem conhecimentos, valores, habilidades, atitudes, no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer.

O aumento de idosos na população aumenta a visibilidade de algumas doenças, em especial as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2011). Entre idosos, a hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente, acometendo de 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária. É fator determinante de morbidade e mortalidade, muito embora, quando adequadamente controlada, reduza significativamente as limitações funcionais e as incapacidades nos idosos (BRASIL, 2008).

Considerando-se as diferentes peculiaridades do envelhecimento humano e suas interfaces no processo de viver, as pessoas idosas necessitam de cuidados para manter sua vida cotidiana de maneira saudável. Esse cuidado pode ser proporcionado em instituições de saúde ou em suas residências.

O cuidado pode ter significados variados, tanto para os idosos e sua família, quanto para os profissionais, representando múltiplas

necessidades decorrentes do contexto familiar e de outros cenários e espaços, na comunidade ou nos ambientes institucionais.

Assim, a questão norteadora desta pesquisa foi: Quais são as percepções das trabalhadoras de enfermagem sobre o cuidado ao idoso hipertenso na ESF? Responder essa questão é fundamental para subsidiar a equipe de saúde, em especial a enfermagem, pelo fato de pensar nas maneiras de fazer enfermagem oferecida a pessoa idosa com hipertensão arterial no contexto da ESF. Também pela necessidade de produções com o intuito de gerar conhecimentos que reflitam de forma satisfatória na assistência desses indivíduos. Assim, o objetivo do presente estudo é: Compreender as representações sociais dos trabalhadores de enfermagem sobre o cuidado ao idoso com hipertensão arterial na ESF.

MÉTODOS

Estudo de natureza qualitativa, do qual participaram 20 trabalhadores de enfermagem da ESF escolhidas de modo intencional no Distrito Sanitário Oeste do município de Natal/RN, que aceitaram participar do estudo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466, de 12 de dezembro de 2012.

Os dados foram coletados de março a julho de 2014, seguindo o critério de inclusão de que as participantes deveriam ter tempo de serviço superior a um ano na ESF. As entrevistas semiestruturadas tiveram como temas norteadores: cuidados prestados ao idoso hipertenso, elementos pertinentes ao cuidado e promoção da saúde da pessoa idosa com hipertensão arterial na ESF.

As entrevistas gravadas foram transcritas e compuseram o *corpus* documental que, após a organização, foi tratado fazendo o uso de análise de conteúdo e por meio do software ATLAS.ti 7.0.(Qualitative Research and Solutions). O programa permite a indexação com base nos dados não numéricos, facilitando sua análise, o armazenamento, a exploração e o desenvolvimento de ideias e/ou teorias sobre os dados. No ATLAS.ti a categorização é uma operação classificatória de elementos constitutivos por diferenciação, que em seguida são reagrupados conforme critérios pré-definidos nos quais as categorias são chamadas de famílias.

No processo de análise foram seguidos os passos: leitura e releitura das entrevistas; codificação das expressões e/ou frases relacionadas aos cuidados com idoso hipertenso; agrupamento dos códigos semelhantes que levaram à composição de duas categorias, que emergiram dos dados e abrangeram as percepções dos trabalhadores de

enfermagem sobre o cuidado ao idoso hipertenso no âmbito da ESF. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, que o aprovou pelo Parecer nº 551.146/2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todas as participantes do estudo são do sexo feminino, encontravam-se na faixa etária entre 40 e 49 anos de idade; 45,4% têm curso superior e 54,6% têm nível médio. O tempo médio de trabalho no setor foi de 12 anos, todas atuando nas Unidades Saúde da Família do Distrito Sanitário Oeste, onde realizam importante parceria na integração de ensino e serviço.

As percepções sobre cuidado ao idoso hipertenso segundo os trabalhadores de enfermagem foram definidas com base num *corpus* relacionado ao cuidado e formaram duas categorias: Categoria 1 – Processo de cuidado de enfermagem ao idoso hipertenso, e Categoria 2 – Promoção da saúde do idoso hipertenso

Categoria1 – Processo de cuidado de enfermagem ao idoso hipertenso - constitui-se por quatro subcategorias: 1.1) Referenciais do cuidado à pessoa idosa hipertensa; 1.2) Prioridades no cuidado ao idoso hipertenso; 1.3) Ações do cuidado em enfermagem; 1.4) Processos administrativos no cuidado dos idosos hipertensos.

Referenciais do cuidado à pessoa idosa hipertensa

Esta primeira subcategoria foi composta pelos códigos: acolhimento, vínculo e corresponsabilização, integralidade do cuidado, contexto familiar e social do idoso, aspectos culturais do idoso, política de saúde para o idoso, rede de cuidados, intersectorialidade, continuidade do tratamento dos idosos no território, cuidado multiprofissional e cuidado domiciliário.

Na subcategoria referenciais do cuidado à pessoa idosa hipertensa, os trabalhadores de enfermagem destacaram, em suas percepções, a importância do cuidado integral às pessoas em condições crônicas, o que exige um olhar sobre as dimensões biológicas, sociais, culturais, psicológicas e ambientais, requerendo dos trabalhadores abordagens diversas no cuidado, como mostram os depoimentos a seguir:

Quando é aquele idoso acamado, a gente também tem todo aquele cuidado, orientar a família sobre ele poder ficar no sol um pouquinho, mudança de decúbito, questão da higiene, da hidratação. É assim que a gente vai trabalhando. A gente sempre tenta ver aquela pessoa como um todo, não ver só a hipertensão dele, ver aquele idoso como um todo. (P16).

Então você tem que ver o que está acontecendo com ele, lógico que é importante a medicalização, dieta, atividade física, mudança de estilo de vida, mas tem que ver também o contexto familiar, cultural, social; isso é de fundamental importância. (P15).

As pessoas em condições crônicas necessitam de ações integradas com a participação de várias áreas do saber em saúde, incluindo a própria família, atitude indispensável para uma comunicação efetiva entre a trabalhadora de enfermagem e a experiência de quem vive a cronicidade. Essa concepção pode ser entendida como uma forma de cuidado que compartilha um trabalho disponibilizando saberes, valorizando o saber popular e incluindo as experiências das pessoas e familiares (TRENTINE; PAIM; GUERREIRO, 2014).

Prioridades no cuidado ao idoso hipertenso

A segunda subcategoria foi composta pelos seguintes códigos: prioridades para o idoso acamado, níveis pressóricos elevados e prioridade para o idoso hipertenso de maior risco.

Atender os idosos com maior prioridade requer dos trabalhadores conhecimentos, competências e habilidades para identificar, acolher e apoiar o idoso e sua família, uma vez que, no cenário de cuidado do idoso dependente, o cuidador familiar precisa adaptar-se com as mudanças na vida do idoso e da família. E o trabalhador deve estar preparado para atuar junto ao cuidador familiar e ao idoso em condições de dependência para as atividades básicas de vida diária para tarefas como: higiene oral e corporal, preparo e oferta das refeições, mudança de decúbito e movimentação do idoso da cama, o que gera sobrecarga física, emocional ou social. Esses pensamentos corroboram os depoimentos das trabalhadoras de enfermagem do estudo quando afirmam que, em virtude do grande número de hipertensos na área

adscrita, prioriza-se o atendimento segundo as necessidades encontradas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e, especificamente, no caso das visitas domiciliares, priorizam-se os idosos acamados porque apresentam maior demanda de cuidados.

O idoso tem prioridades e a gente respeita essa prioridade, e também na nossa equipe a gente tem trabalhado a seguinte questão: a pessoa da nossa equipe, se ela não for atendida, ela é pelo menos escutada e não demora. Enquanto eu estiver aqui no posto, enquanto estiver alguém da equipe, essa pessoa vai ser atendida, não significa que vai ser uma consulta médica, mas ela vai ser escutada, isso a nossa equipe tem trabalhado muito. (P21).

Quando eles chegam aqui, a gente já tem o acolhimento pra eles, a prioridade é pro idoso hipertenso; tem prioridade na consulta e tem prioridade no preparo também. (P22).

Os idosos hipertensos que eu tomo cuidado mais direto são os acamados, hipertensos acamados ou os que estão em casa e não podem comparecer ao serviço; nesse caso, a visita é feita no domicílio, aí eu tento ver como a equipe de enfermagem se organiza para atendê-los. (P4).

Se o paciente está em casa acamado, a gente ensina a família a dar banho no leito; eu faço primeiro, certo? Porque eu não posso me deslocar todos os dias daqui. Então, eu tenho que ensinar à família como prevenir escara; então eu mostro pra ela: lava primeiro o rosto, a boca e tal, faz a higiene dela, e assim a gente vai ensinando e vai tendo a participação da família. (P19).

Para o Ministério da Saúde, o cuidado no domicílio proporciona o convívio familiar, diminui o tempo de internação hospitalar e reduz as complicações decorrentes de longos períodos de internação. Por isso se atribui à ESF a responsabilidade pelo provimento de cuidados aos idosos, pois essas equipes têm acesso aos domicílios onde se encontram os idosos e seus cuidadores (BRASIL, 2006). Nesse sentido, os

integrantes da enfermagem, enquanto profissionais da ESF, devem estar atentos às necessidades dos idosos na perspectiva de promover-lhes a saúde, oferecer suporte ao seu tratamento e recuperação, ao cuidador e à família, na atenção primária.

Alvarez e Gonçalves (2012) tecem importantes considerações sobre a enfermagem e o cuidado ao idoso no domicílio. Para as autoras, o cuidado ao idoso fragilizado tem-se constituído numa responsabilidade para a Enfermagem, pois a precária atenção vigente no âmbito da atenção primária tem acarretado crescente demanda de atendimento de urgência/emergência e de hospitalização. A Enfermagem presencia o fato e desempenha suas funções conforme a situação requer. Todavia, cabe às profissionais questionar e desenvolver uma consciência política para engajar-se em movimentos que vislumbrem perspectivas de atenção à vida e à saúde das pessoas idosas de modo integrado, contínuo, prolongado e até permanente.

É fundamental destacar os preceitos da Promoção da Saúde que defendem o incremento de estratégias com objetivo de desenvolver a autonomia e a melhoria das condições de vida e saúde para promover um envelhecimento ativo e saudável: a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; o estímulo às ações intersetoriais visando à integralidade da atenção; o provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; o estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social; e a educação permanente na área gerontológica (ALVAREZ; GONÇALVES, 2012).

Ações do cuidado em enfermagem

Os seguintes códigos compuseram esta subcategoria: orientar os hábitos saudáveis; orientar o uso dos anti-hipertensivos; verificar a pressão arterial; adotar protocolo para atender o idoso; consulta de enfermagem periódica; fortalecer as reuniões em grupo; preparar para a consulta médica; realizar curativo; verificar violência contra o idoso; apoio na resolução dos conflitos familiares; intensificar o número de visitas da equipe na falta de aderência dos idosos ao tratamento.

Os resultados demonstram que nas percepções dos trabalhadores de enfermagem revela-se um leque de práticas em amplo espaço de atuação em que os trabalhadores de enfermagem buscam a aproximação com as famílias e cuidadores na perspectiva de trabalhar suas potencialidades em busca de atender as necessidades de cuidados do idoso hipertenso.

Na consulta, a assistência é mais em volta da orientação, conscientizar. Eu acho que o cuidado maior que você tem que ter com eles é a questão deles tomarem a medicação certinha, da gente conseguir alguém da família que se comprometa a acompanhar essa medicação. (P17).

No momento que a gente foi lá, fez a visita domiciliar, viu a realidade do paciente. Então, era um paciente que tinha conflito familiar com filhos que tinham problema de droga. Aí a gente começou a trabalhar essa parte e ele deu uma melhorada; não tá com uma pressão excelente; aí ele entrou no grupo e hoje a pressão deu uma melhorada, entendeu? (P8).

A consulta de enfermagem ao idoso na atenção primária segue alguns princípios que norteiam o planejamento do cuidado de enfermagem ao idoso, dentre os quais: a independência, a autonomia, a inserção e o suporte social. Destaca-se ainda a necessidade de identificar a capacidade do idoso e de sua família em lidar com a doença, caso exista (BRASIL, 2008).

A consulta de enfermagem deve ser sistematizada para melhorar o processo de trabalho do enfermeiro na atenção ao idoso hipertenso e sua família. Diante disso, surge como proposta o desenvolvimento do subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) voltada para a atenção às pessoas idosas. Para as autoras Nóbrega e Medeiros (2014), os enfermeiros poderão investigar as respostas da pessoa idosa ao processo de envelhecimento como recurso norteador da prática de enfermagem construído por diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem que facilitam a comunicação entre profissionais que prestam cuidado à pessoa idosa na atenção básica de saúde, no atendimento nas unidades de saúde ou no domicílio, por meio de uma abordagem organizada, além de sistematizar o conhecimento.

As autoras entendem que os enfermeiros terão subsídios para desenvolver o cuidado ao idoso por meio de ações voltadas para a educação em saúde, devolvendo-lhe a capacidade funcional em busca de autonomia e de independência, o que favorecerá a sua qualidade de vida (NOBREGA; MEDEIROS, 2014).

Verificou-se que os trabalhadores de enfermagem perceberam que a necessidade de cuidado foi compreendida por idosos e familiares

após os esclarecimentos passados durante a visita domiciliar. De acordo com Lenardt et al. (2014), a visita domiciliar visa dar subsídio para o profissional conhecer o contexto e as condições de vida do idoso, em suas múltiplas dimensões. Essa prática aproxima o profissional do idoso portador de doenças crônicas, de sua família e da rede de relações, propiciando uma interação pautada na confiança e nas ações planejadas e personalizadas para a realidade única vivenciada pelo idoso.

Processos administrativos no cuidado do idoso hipertenso

Composta pelos códigos a seguir, essa subcategoria revela o sentido que os profissionais atribuem à sistematização do cuidado: registro das ações no cartão do HIPERDIA, registro dos hipertensos por microáreas dos agentes comunitários de saúde, cadastro dos hipertensos no HIPERDIA e mutirão da equipe para atualizar o cadastro.

Nas percepções das trabalhadoras de enfermagem verifica-se a necessidade, sobretudo, do planejamento da assistência, orientação e supervisão do cuidado dispensado a esse grupo nos mais diversos cenários e ambientes de cuidados, como mostram seus depoimentos.

Dentro desta demanda a gente faz cadastro do HIPERDIA, atualização do cadastro do HIPERDIA; a cada três meses esses idosos vêm, é feita uma reavaliação, tanto médica como de enfermagem, de medicações que ele esteja usando, de exames laboratoriais, se melhorou ou se não melhorou, de alimentação, de atividade física, da queixa que ele vinha trazendo e a gente faz esse atendimento. (P15).

Diante dessa realidade, para que os serviços de saúde promovam a saúde é necessário que os trabalhadores de enfermagem ampliem a visão de promoção à saúde, incluindo-se como atores críticos e participantes do processo de construção e reformulação do sistema de saúde e de melhoria nas condições de vida das pessoas residentes no território da ESF. Assim, a incorporação das premissas e estratégias de promoção da saúde deve caminhar para buscar a superação das iniquidades sociais e de saúde, o que requer autonomia e respeito dos sujeitos que, através de uma relação de diálogo entre os diversos atores sociais, buscam melhorar o acesso aos serviços de saúde e à qualidade de vida.

Conforme Corradi (2012), o agir profissional do enfermeiro envolve práticas gerenciais voltadas para os processos administrativos que dão suporte ao cuidado prestado ao cliente pelos integrantes da enfermagem. O gerenciamento do cuidado pelos enfermeiros implica ações profissionais e uso de saberes administrativos para concretizá-lo por meio de planejamento, de previsão e provisão de recursos, da capacitação da equipe de trabalho, da execução e delegação de ações da educação do cliente e da avaliação dos resultados. O foco do gerenciamento do cuidado deve estar na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que, segundo a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358/2009, organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem.

Categoria 2 – Promoção da saúde do idoso hipertenso - constituída por três subcategorias: 2.1) Ampliando o conceito de saúde no cuidado ao idoso hipertenso; 2.2) Parcerias com a família; 2.3) Empoderando a pessoa idosa para o cuidado na hipertensão.

Ampliando o conceito de saúde no cuidado ao idoso hipertenso

Nas percepções dos trabalhadores de enfermagem, a Promoção da Saúde ocorre a partir de práticas complementares, como: a participação em grupos de dança, grupos de artesanato, grupo de terapia e arte, grupo de caminhada, atividades lúdicas e parcerias com o Núcleo Apoio à Saúde da Família (NASF) e com o Centro de Recuperação de Assistência Social (CRAS).

Nós temos o grupo de idosos que funciona na segunda à tarde; terapia e arte que funcionam nas quartas à tarde; tem o grupo de caminhada que é segunda e sexta. Como eles gostam desse momento, como nós interagimos, eles conseguem melhorar a qualidade de vida deles, melhorar os níveis de dislipidemia, melhorar as taxas de níveis pressóricos, de glicemia... então, assim, nessas atividades, a gente vê que não é só um medicamento que vai fazer esse tratamento dele, que a parte de promoção da saúde é de fundamental importância nesse processo da condução da saúde do idoso na ESF. (P15).

No caso da ESF, o trabalho é na comunidade com os agentes e a família pra saber como é que tá sendo a rotina do idoso, alimentação, exercício físico; procurar não manter aquela pessoa sedentária, manter ela ativa de alguma forma; alimentação, controle de sal, esse tipo de coisa. A tomada da medicação também. Eu acho que basicamente é isso, a hipertensão no idoso tá mais relacionada a isso: alimentação, atividade física e o controle, estilo de vida, né? (P2).

E atividades externas de lazer, de terapia, junto com o NASF, que é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com professor de educação física, além do contato com outras especialidades que estão dando apoio àquelas unidades que eles fazem parte; nós temos psicólogos, temos psiquiatras, temos nutricionista, assistente social. (P15).

Principalmente com o que a gente aqui já faz, que é essa atividade de eles se encontrarem, conversarem, conviver, ter uma pessoa que converse com eles, fazer uma atividade manual, fazer caminhadas, fazer alongamentos. Eles fazem tudo isso. (P17).

A gente vê a alegria, não têm doença, aquelas pessoas; uns idosos que mal andam, dançando, tudo fantasiado, o colorido dos trajes, a sutileza do andar, porque quando eles andam procuram ficar faceiros, os idosos; então isso é muito gostoso, sabe? [...] (P12).

Eu acho que a promoção da saúde do idoso se dá por estas participações que eles fazem, da interação dos grupos, por essas palestras que se faz nesses dias que a gente reúne eles, porque são palestras relacionadas a alimentação, a uso de álcool/drogas, relacionamento familiar (P12).

Esse contexto vai de acordo com as percepções dos trabalhadores de enfermagem apresentadas onde as ações de promoção da saúde aqui realizadas são reflexos das interações resultantes das estratégias

intersetoriais adotadas nas ESFs. Essas estratégias consistem em agrupar idosos hipertensos aos serviços oferecidos na rede de saúde, apresentando diversas atividades e troca de informações acessíveis aos seus níveis de compreensão. Os resultados chegam com relatos de mudanças sentidas pelos idosos hipertensos a partir de sua participação nas atividades de promoção da saúde oferecidas nas ESFs. É importante salientar aqui que a participação do idoso hipertenso na atividade física proporciona melhoria na autoestima e na autoimagem do idoso, em decorrência das relações socioafetivas e interacionais capazes de promover mudanças comportamentais significativas na valorização do corpo e que, por sua vez, reflete na melhoria de sua qualidade de vida.

É oportuno fazer referência aqui à 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Otawa, 1986), na qual ficou definido como pré-requisito para a saúde o incremento nas condições de: educação, paz, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, passando a saúde a ser vista como um recurso para a vida, enfatizando os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Promoção da Saúde é o nome dado ao processo de capacitação dos indivíduos e da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, e para atingir um estado de saúde os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (OMS, 1986).

Estudo realizado por Machado et al. (2012) demonstrou que os idosos perceberam mudanças significativas no seu dia a dia após frequentarem a unidade de atendimento intersetorial na “Unidade Planeta Vida”, no Rio de Janeiro, passando de vida sedentária e sem perspectiva, para uma vida mais participativa, com resgate da autonomia e sensação de melhor qualidade de vida.

Pensar na Promoção da Saúde requer revisitar o passado e vislumbrar um futuro, por isso, talvez para muitos, este seja um conteúdo utópico e ainda frágil, mas se trata, sem dúvida, de um legado que vem pouco a pouco semeando questionamentos, inquietações e até inspirando quem milita por transformação social (NÓBREGA, 2012).

Para tanto, preconiza-se a otimização do acesso à informação e às oportunidades de aprendizado em assuntos de saúde. Dessa forma, as habilidades pessoais devem ser transmitidas aos indivíduos para o enfrentamento das diferentes fases do ciclo vital. Destacam-se as estratégias de mediação e participação intersetorial e apoio governamental, propiciando aos sujeitos maior controle sobre sua vida e suas decisões (liberdade de escolha); adotar uma postura proativa que

promova a integralidade e a multidimensionalidade dos indivíduos e da comunidade, estabelecendo uma rede de compromissos e responsabilidades em favor da vida e criação das estratégias necessárias para que ela exista.

Parceria com a família

Ao interagir, o processo de viver das pessoas, a condição crônica envolve também a família. Nesse sentido, é preciso compreender que as famílias assumem diferentes formas de organização e interação. A condição de saúde de um dos seus integrantes pode promover mudanças que favoreçam esse apoio e que permitam manter a dinâmica familiar com a redistribuição de atividades ou mesmo com necessárias mudanças de papéis (SOUZA et al., 2014).

A família é muito importante: não adianta você trabalhar só com o idoso e não trabalhar com os familiares que moram na casa. A gente tá muito voltada à questão da família, do paciente. Mas, muitas vezes, o idoso vem pra consulta do médico sozinho, vem pra atividade do grupo só, aí quando chega em casa a comida é a de todos [...]. (P6).

Assim os trabalhadores de enfermagem perceberam que compreendem que ao lidar com o idoso em condições crônicas e seus familiares exige olhá-los como uma unidade de cuidado. O grupo familiar e a comunidade são espaços naturais de proteção e inclusão social. Além disso, essas estruturas possibilitam a conservação de vínculos relacionais e inclusão em projetos coletivos, melhorando sua qualidade de vida.

No estudo de Silva et al. (2012), nas representações sociais sobre sua qualidade de vida, os idosos referiram que qualidade de vida é sinônimo de boa alimentação, conforto, lazer, compreensão, caminhada, carinho e relacionamento; exige cuidado médico e assistência, em particular para o idoso que usa medicamentos. E essas representações sociais dos idosos sobre qualidade de vida podem subsidiar os profissionais na compreensão da adoção de práticas preventivas para os idosos e no fortalecimento da consolidação da política dirigida a esse segmento populacional.

Empoderando da pessoa idosa para o cuidado na hipertensão

Esta subcategoria foi composta por: resgatar a autonomia do sujeito, estimular a participação em movimentos sociais, corresponsabilização com o usuário e parceria com a comunidade. As necessidades de saúde das pessoas em condições crônicas se apresentam de forma múltipla e requerem intervenções intersetorializadas.

Nesse sentido, os profissionais de enfermagem devem ampliar a capacidade de resposta do setor diante da magnitude e da complexidade dos problemas de saúde da população, o que se constitui num desafio da promoção da saúde. De fato, na área da atenção primária, tanto as pessoas em condição crônica como profissionais de saúde lutam pela afirmação das suas diferentes perspectivas e reivindicam desempenhar os seus papéis, tanto na definição e na gestão da doença crônica, como no processo de produzir os cuidados de saúde (MANTOVANI; MENDES, 2014).

Vai depender muito da corresponsabilização da saúde que ele tem, desse vínculo que a gente tem de mostrar a ele a importância que ele tem pra saúde dele, a equipe sozinha não vai conseguir fazer isso, se ele não tiver esse entendimento que ele precisa ser o grande responsável pela saúde dele, a gente tá aqui pra contribuir, pra orientar, pra melhorar nesse sentido de orientar de tá dando essa cobertura, esse encaminhamento, mas que ele é um dos responsáveis pela saúde dele. (P15).

Eu vivenciei um pouco na prática nesse momento do trabalho quando o processo era assim que é possível você alcançar resultados quando se trabalha com a parte de promoção e você resgata autonomia do sujeito que ele sempre tem, a mesma autonomia que ele tem pra comer o que não deve, pra fumar, pra beber, pra praticar tudo aquilo que é fator de risco, a mesma autonomia que ele tem pra fazer isso, se ele é informado nessa condição como importante no controle da doença dele. (P4).

Sabe-se que ainda temos uma intersetorialidade fragilizada e que os profissionais da ESF têm relatado que a articulação intersetorial é um processo nem sempre fácil. Requer que os distintos setores trabalhem juntos na construção de estratégias, políticas, planos de ações locais e no estabelecimento de redes de corresponsabilização entre sujeitos e

coletivos pela defesa da promoção de melhores condições de vida e saúde. Nessa perspectiva, aumentar as redes de compromisso e corresponsabilidades significa aumentar também a participação comunitária e ação coletiva local, envolvendo organizações não governamentais, o setor privado e as instituições de ensino para que todos sejam participantes na construção de saudáveis modos de viver (BRASIL, 2008).

Nessa perspectiva, ao orientar as pessoas sobre doenças crônicas para autogestão do tratamento, o profissional de saúde está contribuindo para minimizar complicações e custos de sua doença, porquanto essas pessoas aprendem a lidar com seus semelhantes e gerir sua própria condição, tornando-se mais saudáveis enfrentando melhor a doença e procurando menos por cuidados hospitalares. Trata-se, portanto, de uma perspectiva que vai ao encontro das questões da promoção da saúde, pois essas pessoas, ao incorporar os cuidados com a saúde, passam a gerenciar melhor sua doença, passando assim os profissionais a fornecer subsídios para o empoderamento da comunidade. Para Mantovani e Mendes (2014, p.22) o *empowerment* “tem emergido como um processo de ação social em que os indivíduos são atores de suas próprias vidas, e, conectados a outros, desenvolvem um pensamento crítico, capacidade social e pessoal e criam relações de poder”.

As pessoas em condição crônica frequentemente procuram dar sentido às suas ações, tentando chegar a um acordo sobre o estado em que se encontram e estabelecer os papéis de cada uma das partes envolvidas nesse acordo. Tentam clarear o que cada parte pode esperar da outra numa constante negociação e renegociação com os outros indivíduos, família, amigos e profissionais de saúde. Esperam adquirir maiores conhecimentos sobre a gestão da doença, desempenhando novos papéis, passando de passivo a protagonista da divisão do trabalho de cuidados, tornando-se ativo nas novas aprendizagens necessárias ao portador da doença e seus familiares (MANTOVANI; MENDES, 2014).

As sucessivas interações que ocorrem ao longo do tempo no universo dos profissionais de saúde permitem às pessoas em estado de cronicidade adquirir conhecimentos que lhes possibilitem reconhecer a doença e todas as manifestações associadas, passando a usufruir do saber que acumulam sobre sua condição. Simultânea e consequentemente, a pessoa reivindica ser uma voz ativa no processo de cuidados e nas políticas sociais de saúde sobre a doença crônica. Esse campo deve ser ouvido, respeitado, compreendido e debatido num processo dialógico, permanente, em lugar de um processo unilateral de transmissão de conhecimento e imposição de saber (MANTOVANI;

MENDES, 2014). Nesse contexto, os grupos de idosos na ESF são uma referência para eles, um espaço na comunidade onde estão inseridos e onde recebem apoio, se sentem aceitos, partilham experiências e responsabilidades comuns entre seus pares, aumentando assim sua inserção social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta seção, retomam-se os principais achados da pesquisa e se destacam algumas limitações do estudo e possíveis desdobramentos para investigações futuras com relação à problemática em foco. Os trabalhadores de enfermagem participantes deste estudo formam um grupo predominantemente de adultos jovens do sexo feminino, o que é coerente com o perfil histórico da força de trabalho da profissão.

Aspectos importantes da prática desses profissionais de saúde mostram a necessidade de um cuidar de forma integral e humanizada à pessoa idosa com hipertensão. Das percepções sobre o cuidado prestado ao idoso hipertenso evidenciaram-se dimensões relacionadas ao contexto familiar e a promoção da saúde, sendo o cuidado contextualizado e constituído de elementos que vão desde seus referenciais, organização e priorização das ações de enfermagem e elementos pertinentes à promoção da saúde do idoso hipertenso na ESF.

Convém salientar que essas categorias foram elaboradas com base nos dados à luz dos pressupostos teóricos adotados neste estudo que, se espera possa contribuir no campo da saúde, não se limitando apenas a ela, mas se estendendo a todas as áreas do conhecimento, pela necessidade de serem conhecidas dimensões subjetivas sobre saúde e o processo de cuidar do idoso contextualizado socialmente. O exercício desse cuidado apoia-se e concretiza-se por meio de relações, de interações complexas entre a equipe de enfermagem, usuários e demais atores sociais envolvidos na melhoria do cuidado de enfermagem prestado a esse grupo etário.

O referencial teórico e o método de pesquisa qualitativa utilizado neste estudo mostraram-se adequados, considerando a riqueza do *corpus* de análise obtido, que possibilitou compreender as percepções das trabalhadoras de enfermagem sobre o cuidado ao idoso com hipertensão arterial na ESF. As limitações da presente investigação estão relacionadas ao número de participantes e à delimitação do local. Contudo, outros estudos poderão explorar o tema e ampliar sua compreensão.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, A.M.; GONÇALVES, L.H.T. Enfermagem e o cuidado ao idoso no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n.5, p. 715-16, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica 19 – **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2006. 192 p.

_____. _____. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março de 2006. Brasília, 2006a.

_____. _____. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. _____. 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** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMACHO, A.C.L.F.; COELHO, M.J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 279-284, 2010.

CORRADI, E.M. Aspectos gerenciais da consulta de enfermagem. In: SANTOS, A.S.; CUBAS, M.R. **Saúde coletiva**: Linhas de cuidados e consulta em enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. cap. 4, p. 45-58.

LENARDT, M.H. et al. O cuidado gerontotógico de enfermagem ao idoso renal crônico em tratamento hemodialítico: perspectiva cultural e sustentável. In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; GUERREIRO, D. **Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde**. São Paulo: Atheneu, 2014. cap.9, p 145-156.

MACHADO, W.C.A et al. Promoção da saúde do idoso: desafios contemporâneos para a administração pública municipal. **Enfermagem Brasil**, v. 11, n. 6, 2012.

MANTOVANI, M.F.; MENDES, F.R.P. A condição crônica de saúde do diagnóstico à gestão cotidiana da situação. In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; GUERREIRO, D. **Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde**. São Paulo: Atheneu, 2014. cap. 2, p. 12-25.

NÓBREGA, J.F. **O imaginário da Promoção da Saúde no cotidiano da formação do técnico de enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. 172p.

NÓBREGA M.M.L. Como prestar cuidados sistematizados a pessoa idosa utilizando os elementos da prática de enfermagem? Uma proposta do catálogo CIPE. In: LOPES, M.J; MENDES, F.R.P. SILVA, A.O. **Envelhecimento estudos e perspectivas**. São Paulo: Martinari, 2014. cap.3, p.234-53.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**: Carta de Ottawa. Ottawa (Canadá): OMS, 1986.

_____. Declaração do México. 2000. In: **Promoção da Saúde**: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2002.

SILVA, L.M. et al. Representações sociais sobre qualidade de vida para idosos. **Revista. Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n.1, p. 109-115, 2012.

SOBRINHO, M. D; PAULA, R. S. Representações sociais do ser idoso e práticas de atenção à velhice na cidade de Natal. In: LOPES, M.J; MENDES, F.R.P. SILVA, A.O. **Envelhecimento estudos e perspectivas**. São Paulo: Martinari, 2014. cap. 2, p. 61-75.

SOUZA et al. Redes sociais e condições de saúde: o desafio do cuidado integral. In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; GUERREIRO, D. **Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2014. cap. 6, p.91-108.

TRENTINE, M.; PAIM, L.; GUERREIRO, D. **Condições Crônicas e cuidados inovadores em saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.

WALDOW, V.R. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, V.R; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. **Maneiras de Cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porta Alegre: Artes Médicas, 1995.

5.3 MANUSCRITO 3 PERCEPÇÕES DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO HIPERTENSO NO ÂMBITO DA ESF SEGUNDO TRABALHADORES DE ENFERMAGEM.

RESUMO

Estudo com objetivo de conhecer as percepções dos trabalhadores de enfermagem sobre assistência ao idoso hipertenso no âmbito da ESF. Estudo qualitativo do tipo exploratório descritivo realizado no município de Natal, RN, tendo como cenário a Estratégia Saúde da Família, com a participação de 20 trabalhadoras de enfermagem que prestam assistência aos hipertensos idosos. Dados obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas e tratados pela análise de conteúdo com auxílio do *software* Atlas.ti 7.0. Os resultados apontaram duas categorias sobre assistência à saúde do idoso hipertenso na ESF: Elementos que favorecem o cuidado ao idoso hipertenso e processos que dificultam o cuidado ao idoso hipertenso. As percepções dos trabalhadores de enfermagem mostram que as instituições de saúde carecem de práticas articuladas, implantando serviços inovadores que incorporem novos paradigmas de atenção à saúde, com foco na capacidade funcional, exigindo dos trabalhadores de enfermagem, gestores e usuários maior capacidade de intervenção e autonomia no estabelecimento de práticas transformadoras.

DESCRITORES: Atenção Primária à Saúde. Enfermagem. Idoso. Doença crônica.

ABSTRACT

Study to know the perceptions of nursing staff on assistance to the elderly hypertensive within the ESF. Qualitative study of descriptive exploratory held in Natal, RN, against the backdrop of the Family Health Strategy, with the participation of 20 nursing professionals who provide care for the elderly hypertensive. Data obtained through semi-structured interviews and processed by content analysis with Atlas.ti 7.0 software assistance. The results showed two categories of health care for the elderly hypertensive in the ESF: Elements favoring care to hypertensive elderly and processes that hinder care for the elderly hypertensive. Perceptions of nursing workers show that health institutions lack of coordinated practices, implementing innovative services that incorporate new health care paradigm, focusing on functional capacity, requiring nursing staff, managers and users greater capacity for intervention and autonomy in establishing that are transforming.

DESCRIPTORS: Primary Health Care. Nursing. Aged. Chronic Disease.

RESUMEN

Estudio para conocer las percepciones del personal de enfermería en la asistencia a los ancianos hipertensos dentro del ESF. Estudio cualitativo de exploratorio descriptivo celebró en Natal, RN, en el contexto de la Estrategia Salud de la Familia, con la participación de 20 profesionales de enfermería que prestan atención a los ancianos hipertensos. Los datos obtenidos a través de entrevistas semi-estructuradas y procesados mediante análisis de contenido con la ayuda del software Atlas.ti 7.0. Los resultados mostraron dos categorías de atención de salud para los hipertensos de edad avanzada en el ESF: Elementos que favorecen la atención a ancianos hipertensos y procesos que dificultan la atención a los hipertensos de edad avanzada. Las percepciones de los trabajadores de enfermería muestran que las instituciones de salud la falta de prácticas de coordinación, implementación de servicios innovadores que incorporan nuevo paradigma de atención de la salud, centrada en la capacidad funcional, lo que requiere el personal de enfermería, gestores y usuarios una mayor capacidad de intervención y autonomía en el establecimiento de prácticas que están transformando.

DESCRIPTORES: Atención Primaria de Salud. Enfermería. Anciano. Enfermedad Crónica.

INTRODUÇÃO

Estudar o envelhecimento humano e seu impacto no setor da saúde depende de variadas e múltiplas abordagens com as quais os profissionais se acham envolvidos e muitas vezes despreparados para atuar na exigência de um cuidado contínuo, o que exige preparo técnico-científico e abertura para incorporar novos referenciais. O Brasil figurará nas próximas décadas entre os dez países do mundo com maior número de pessoas idosas. A proporção de indivíduos com 60 anos de idade ou mais, que na década de 1980 correspondia a menos de 8%, passará para 14% por volta de 2020, alcançando, em menos de 30 anos, a proporção de idosos similar à atual dos países desenvolvidos, com evidentes implicações no setor saúde, segundo João Macedo Coelho Filho (2013). Essa transformação alarmante, com demanda por serviços de saúde deve ser compreendida como novo desafio, e esforços para enfrentá-la exigirão dos profissionais sensibilidades para incorporar novos paradigmas, como enfatiza Kalache (2006, p. 1.109):

Muitos dos sistemas de saúde são orientados pelo imediatismo, com ênfase no cuidado agudo e não na prevenção e no cuidado crônico. Para a população idosa, a saúde não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis: é um complexo de interação entre a saúde física, a saúde mental, independência financeira, capacidade funcional e o suporte social.

No Brasil, a organização de serviços e programas de saúde tem sido predominantemente orientada para problemas materno-infantis, cujas características são bem distintas daquelas da população idosa. Os primeiros são geralmente de caráter agudo, de natureza infecciosa e carencial, cujo desfecho geralmente oscila entre recuperação, cura ou morte. Entre os idosos prevalecem tanto condições crônicas e progressivas com múltiplos fatores determinantes associados a incapacidade e perda de autonomia, quanto agudas, com agravamento rápido, se não prontamente tratadas (COELHO FILHO, 2013).

Segundo Veras (2007), os serviços de saúde precisam responder adequadamente a essa situação, que vem impactando a qualidade de assistência ao envelhecimento e à funcionalidade, numa realidade de sobreposição das situações agudas às crônicas na atenção primária da saúde. Emergem, nesse contexto, as limitações no manejo do cuidado ao idoso, que estão presentes tanto no idoso independente como no frágil.

Entre os processos patológicos crônicos, as Doenças Cardiovasculares (DCV) permanecem como principal causa de morte e incapacidade em idosos, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) o principal fator de risco para desenvolver DCV em idosos (SCHMIDT et al., 2013).

Os idosos enfrentam problemas multidimensionais que lhes afetam a saúde e, conseqüentemente, sua qualidade de vida. Nessa perspectiva, é fundamental que os profissionais de saúde assumam o compromisso de oferecer à população idosa uma atenção que priorize aspectos favorecedores de um processo adaptativo individual na prevenção e no controle de doenças crônicas inerentes ao processo de envelhecimento. Dessa forma, a atenção à pessoa idosa se configura num grande desafio, exigindo abordagem global, interdisciplinar e multiprofissional que contribua para que, apesar das progressivas limitações que lhes possam ocorrer, seja possível descobrir estratégias

para envelhecer com nível máximo de qualidade (NOBREGA; MEDEIROS, 2014).

Para Caldas et al. (2006), o envelhecimento populacional nos últimos anos tem gerado discussões envolvendo as necessidades e as peculiaridades dos idosos como usuários do sistema de saúde, seja ele público ou privado. Na atual abordagem de prestação de serviços à saúde, há uma fragmentação do cuidado, multiplicando-se consultas, exames e outros procedimentos, não se mostrando como uma prestação de serviços segura para os idosos e seus familiares (VERAS, 2003).

Segundo Taddeo (2012), uma boa assistência à saúde pressupõe confiança e vínculo do paciente com o profissional de saúde, construído no acolhimento e em todo o processo de cuidar. Esse gerenciamento deve ser iniciado na porta de entrada e acompanhar o paciente durante toda a sua participação no sistema de saúde.

Assim sendo, a organização da atenção ao idoso no país passará por grandes desafios, exigindo consideráveis recursos humanos e financeiros, devendo ter em mente sempre a eficiência. Almejam-se serviços coerentes com os princípios de cuidados geriátricos que otimizem os recursos disponíveis e contemplem as características do nosso sistema de saúde, assegurando que as pessoas atinjam idade avançada mantendo-se ativas, engajadas na sociedade e com o mínimo possível de doenças e incapacidades.

Para João Macêdo Coelho Filho (2013), o núcleo central da atenção à saúde do idoso deve ser a atenção primária, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que constitui a porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse nível ocorrem o segmento proximal e o longitudinal dos idosos residentes em áreas adscritas, possibilitando monitorar suas condições de saúde e detectar precocemente os agravos. Assim, a abordagem ao idoso impõe novos paradigmas assistenciais, tendo como elemento fundamental a ênfase na capacidade funcional, o que torna imperiosa a formação de profissionais de saúde conscientes do novo cenário demográfico e epidemiológico do país.

Nesse contexto, as inquietações têm recaído não apenas sobre o desafio da assistência à pessoa idosa, mas também na atenção ao idoso com hipertensão na perspectiva da APS, tendo em vista a qualidade dos serviços ofertados a essas pessoas acima de 60 anos, uma vez que projeções demográficas demonstram que o envelhecimento se dará com mais fragilidades e incapacidades.

Espera-se com o presente estudo contribuir para a reorientação da saúde do idoso hipertenso no âmbito da Atenção Primária em Saúde

(APS), incentivando novas pesquisas na área dessa temática. Espera-se ainda contribuir com informações que possam subsidiar a prática de enfermagem por meio dos aspectos subjetivos das experiências vivenciadas pelos atores sociais envolvidos na pesquisa, cuja relevância se prende à crescente demanda de idosos hipertensos em vários espaços de assistência à saúde do idoso.

Assim, torna-se necessário compreender o diálogo e o intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares entre profissionais e usuários, o que pode contribuir, de forma compartilhada, com o surgimento de elementos e subjetividades que representem como está configurada a assistência ao idoso hipertenso na ESF, situações que apresentam uma relação dialógica, a qual proporciona mudanças na construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre como se configura essa assistência.

Diante do exposto, a questão norteadora desta pesquisa foi: Quais são as percepções das trabalhadoras de enfermagem sobre a assistência ao idoso com hipertensão na ESF e quais são os elementos revelados pelos trabalhadores de enfermagem em relação a essa assistência? Portanto, esta pesquisa teve como objetivo: 1) Compreender as percepções das trabalhadoras de enfermagem sobre a assistência ao idoso com hipertensão arterial na ESF.

MÉTOD

O presente estudo é um recorte extraído da tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, fundamentada no suporte teórico da integralidade; é de natureza qualitativa, com informações obtidas através de entrevistas semiestruturadas. Os dados empíricos foram transcritos e compuseram o *corpus* documental organizado num documento do *word* e anexado aos documentos primários no banco de dados, que foi submetido a uma análise de conteúdo com o auxílio do programa de software Atlas-Ti7.0.

O programa permite indexar dados não numéricos e teorizar sobre eles, facilitando a análise qualitativa, o armazenamento, a exploração e o desenvolvimento de ideias e ou teorias sobre eles. O material textual foi codificado e categorizado conforme o objetivo e o teor das questões apresentados pelos segmentos textuais compartilhados pelo entrevistado. No processo de análise foram seguidos estes passos: leitura e releitura das entrevistas; codificação das expressões e ou frases relacionadas à assistência ao idoso hipertenso; agrupamento dos códigos

semelhantes que levaram à elaboração das categorias que abrangeram os elementos referentes à assistência à saúde.

Os sujeitos da investigação foram os trabalhadores de enfermagem de três Unidades Saúde da Família no Distrito Sanitário Oeste do município de Natal, RN. Participaram do estudo 20 sujeitos, dos quais dois auxiliares de enfermagem, oito técnicos de enfermagem e dez enfermeiros; os dados foram coletados de março a julho de 2014. Como critério de inclusão definiu-se que os participantes deveriam ter tempo de trabalho na ESF superior a um ano. As entrevistas tiveram como temas norteadores elementos pertinentes à assistência à pessoa idosa com hipertensão arterial na ESF. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovado mediante Parecer nº 551.146/2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 20 mulheres que trabalham nas Unidades de Saúde da Família do Município de Natal, no Distrito Sanitário Oeste, onde realizam parcerias na integração do ensino e serviço nos estágios curriculares da UFRN. Encontravam-se na faixa etária entre 40 e 49 anos de idade, têm curso superior (45,4%) e nível médio (54,6%). O tempo médio de trabalho no setor foi de 12 anos. As percepções sobre a assistência à saúde do idoso hipertenso na ESF elaboradas pelos trabalhadores de enfermagem foram definidas com base num *corpus* constituído e relacionado à assistência à saúde responsável pela formação de duas categorias: Elementos que favorecem o cuidado ao idoso hipertenso e Elementos desfavoráveis à oferta de serviços de saúde ao idoso hipertenso.

Categoria 1 – Elementos que favorecem o cuidado ao idoso hipertenso constitui-se das seguintes subcategorias: 1) O contexto territorial; 2) Parcerias e pro atividade dos profissionais no cuidado aos idosos; 3) O vínculo do usuário com a equipe descrito na análise dos dados qualitativos e do referencial da teoria da representação social à luz da literatura pertinente.

O contexto territorial

De acordo com Coelho Filho (2013), a ESF constitui a porta de entrada no SUS, que presta atenção ao segmento proximal e ao longitudinal dos idosos residentes em áreas adscritas, territórios esses que possibilitam monitorar suas condições de saúde e detectar agravos precocemente.

Trata-se de instância privilegiada para realizar atividades e implantar programas de promoção da saúde, contemplando ações que incluem: imunização, socialização, suporte a cuidadores de idosos altamente dependentes, atividade física, administração de cálcio e vitamina D, orientação sobre segurança no domicílio e prevenção de quedas e orientação nutricional, além de rastrear condições prevalentes, como câncer de mama e útero, osteoporose, dislipidemia, diabetes, doenças cardíacas, catarata, quedas, déficit cognitivo e depressão, além de rastrear idosos em situação de risco, como aqueles morando sozinhos com 80 anos ou mais, recentemente internados, submetidos a maus tratos, com perda de peso e com perdas recentes na mobilidade e na capacidade de realizar as atividades da vida diária (FILHO, 2013).

Segundo Nakano e Koga (2013), as configurações territoriais nas cidades brasileiras são marcadas por profundas desigualdades socioterritoriais. E geralmente os grupos menos favorecidos socialmente vivem em habitações precárias e insalubres, que influem diretamente nos processos de saúde e doença das pessoas. Além disso, a localização dessas moradias dificulta o acesso aos serviços, equipamentos e infraestrutura urbanos, fato esse que também agrava a situação de vulnerabilidade das pessoas.

Sobre avaliar a situação de saúde no território, espaço vivo onde reside a comunidade que está em movimento e em transformação permanentes, é importante que a equipe saúde da família faça o monitoramento, pois só assim poderá acompanhar as ações e resultados de sua prática sobre a situação de saúde da população, como relatam os participantes a seguir:

Eu acho que enquanto enfermeira responsável por aquele território onde eu trabalho, eu tenho que acompanhar o idoso hipertenso, saber como ele está sendo tratado, como está sendo acompanhado, se ele está sendo medicado, como está a alimentação dele; são esses

acompanhamentos que a gente faz no dia a dia. (P16).

O agente de saúde é uma peça importantíssima, porque é ele que identifica o idoso no território, ele conhece, não só conhece o paciente, mas também a família, a história da família, e como vivem esses idosos, seus costumes, sua crenças; então isso facilita demais. (P17).

Por meio da territorialização amplia-se a possibilidade de reconhecer as condições de vida e a situação de saúde da população de uma área de abrangência, bem como os riscos coletivos e as potencialidades dos territórios. A dimensão “responsabilidade sanitária” diz respeito ao papel que as equipes devem assumir em seu território de atuação (adstrição), considerando questões ambientais, epidemiológicas, culturais e socioeconômicas, contribuindo, por meio de ações em saúde, para reduzir riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2011).

Assim, torna-se necessário entender que os territórios, especialmente os urbanos, não são estáticos: são mutáveis, e suas configurações resultam de interações entre sistemas de ações e objetos sociais. Tais interações não são dadas, mas construídas no curso da vida em sociedade. É sempre importante identificar os sentidos políticos, econômicos e culturais dos territórios, que não devem ser vistos como um espaço geográfico estático, mas como um campo geossocial dinâmico. O território é mais que uma célula cadastral focalizada e utilizada no controle de alguns vetores e riscos de saúde dos indivíduos e dos grupos sociais. É também onde se criam formas de atendimento das necessidades desses indivíduos e grupos sociais por meio de instituições públicas e pela mobilização social. Assim, os territórios podem ser manejados na construção de sentidos mais favoráveis à realização da liberdade, das capacidades e das potencialidades humanas (NAKANO; KOGA, 2013).

Nesse contexto, o conhecimento da subjetividade dos sujeitos referenciados em suas falas favorece a apreensão de suas percepções sobre a vivência dessas trabalhadoras de enfermagem. Esses elementos estão presentes nas crenças, atitudes, valores e informações, segundo experiências subjetivas da comunicação entre esses sujeitos. Nessa perspectiva, as percepções constituem uma realidade à qual se atribui um valor de forma a preservar a construção social da realidade em torno do controle da Hipertensão Arterial da pessoa idosa na ESF.

Parcerias e pro atividade dos profissionais no cuidado aos idosos

Segundo Sousa et al. (2014), as causas e as medidas de controle das doenças crônicas são complexas, exigindo ações permanentes e múltiplas para que seu foco não se volte somente para a doença, ou para o indivíduo e as famílias, mas também para os aspectos sociais, econômicos e culturais determinantes dessas doenças. Esse enfoque parte do novo paradigma em saúde: o da promoção da saúde, que exige outras práticas de cuidado e ações.

A promoção da saúde se configura em duas dimensões: a intersetorialidade, entendida como convergência de esforços de diferentes setores governamentais e não governamentais para produzir políticas que ofereçam respostas às necessidades geradas pela população. E a participação social, que se dá em diferentes contextos, na construção de agendas sociais na perspectiva de formar redes sociais promotoras de qualidade de vida (SOUSA et al., 2014, p. 1004).

Dessa forma, é necessário desenvolver colaboração fora do setor saúde, para alcançar impacto na prevenção e no controle das doenças crônicas. As ferramentas do campo da promoção da saúde, como a ideia de construir ambientes mais saudáveis no espaço familiar, envolvem, além da tecnologia médica, o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas próprias relações familiares e em outras redes sociais existentes na comunidade, como vizinhos, colegas de trabalho, grupos religiosos, grupos de autoajuda e tantos outros.

As redes de apoio social têm papel determinante no viver uma condição crônica, uma vez que seus integrantes podem proporcionar o apoio necessário para enfrentá-la com a prestação de cuidados e tratamentos. Auxílio nos momentos de crise e promoção do suporte são essenciais para capacitar as pessoas a viverem de maneira mais independente. Nessa concepção, as redes podem constituir uma alternativa eficaz para promover a qualidade de vida e conquistar uma vida mais autônoma e de pleno exercício de cidadania (SOUSA, 2014).

Esses resultados vão ao encontro das percepções dos trabalhadores de enfermagem quanto à ideia de parceria, interdependência de serviços entre a comunidade, serviços de saúde e

setor privado, visando à integralidade da atenção a grupos socialmente mais vulneráveis, como os doentes crônicos.

Os relatos a seguir evidenciam as percepções como uma organização simbólica sobre a qual se desenvolvem as diferentes práticas e relações sociais em torno do controle da hipertensão na pessoa idosa, por parte das trabalhadoras de enfermagem, da instituição e da comunidade, o que representa uma produção subjetiva.

Aqui na unidade de saúde, com os programas que tem, são os trabalhos manuais, tem as festas trimestrais quando eles completam ano, a gente junta janeiro, fevereiro, março e faz essa festa. Tem a festa de carnaval, tem a programação. E o que a gente faz? Pede pra cada servidor adotar um idoso e a gente sai pedindo dinheiro, dois, três reais, sai aqui na comunidade e pede. O cuidado de enfermagem é isso, a gente vai além. (P19).

A gente acostumou aqui a trabalhar com doações pra fazer bazar; tem uma tesoureira, às vezes a gente arrecada quinhentos, seiscentos reais, e esse dinheiro é usado pro lanche dos hipertensos, para o lanche da reunião do planejamento familiar, pro lanche dos idosos, pro lanche do grupo dos adolescentes. (P19).

Na parte social é onde a gente pode ir, a gente trabalha com o Centro de Reabilitação e Assistência Social e dessa forma, a gente consegue fazer o trabalho. A gente chama a família, a gente conversa. Tem uma parceria com alguns supermercados e a gente distribui, quinzenalmente ou mensalmente, pra cada família dessas muito carentes, um sacolão. (P19).

Nesse sentido, sabe-se que a criação de espaços saudáveis nas comunidades, territórios e famílias depende dos projetos e ações voltados para a promoção da saúde. Entende-se, portanto, que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal que confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as

situações de vulnerabilidade, defendendo a equidade e incorporando a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

Convém salientar que o modo de viver dos idosos hipertensos é influenciado por suas concepções de vida, crenças, valores e conhecimentos, variáveis integrantes da cultura familiar ou coletiva à qual pertence. Em tal cenário há confluência de múltiplos atores sociais, sendo relevante destacar a relação de diálogo entre os profissionais, idosos, famílias e comunidade, encorajando-os a desenvolver potencialidades, estimulando, assessorando-os a conviver bem com sua condição crônica; integrando-os como sujeitos políticos e sociais, atuando de forma proativa na elaboração e na participação de estratégias que visam a condições de vida e de saúde mais satisfatórias, buscando parcerias e ações intersetoriais para melhorar a situação de saúde, educação, habitação, renda e lazer, entre outros.

Vínculo do usuário com a equipe

A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e ou famílias e grupos a profissionais e ou equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste em construir relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo aprofundar o processo de corresponsabilização pela saúde construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida (BRASIL, 2012).

O terceiro princípio da atenção básica trata da acessibilidade, acolhimento e porta de entrada preferencial; trata do estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento; pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deve receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes (BRASIL, 2012).

Com base nessa premissa, o serviço de saúde deve organizar-se para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver problemas de saúde e ou de minorar

danos e sofrimentos, ou ainda se responsabilizar pela resposta, mesmo que ela seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação e responsabilização são fundamentais para consolidar a atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção. Esses conteúdos corroboram os depoimentos das trabalhadoras de enfermagem do estudo quando afirmam, em suas falas, a corresponsabilidade firmada pelos membros da equipe da ESF com os usuários de suas áreas adscritas.

Estratégia Saúde da Família veio nesse sentido, de criar o vínculo, de formar os elos de responsabilidade e corresponsabilidade, tanto da equipe para a comunidade quanto da comunidade para a equipe. (P15).

O agente de saúde também é muito importante, porque a gente cobra e eles trazem. E nas reuniões sempre estamos frisando que nós temos essa responsabilidade social com eles, ninguém pode fazer vista grossa, porque também somos responsáveis. (P21).

O fato de ser Estratégia Saúde da Família, por ter um vínculo formado, já é um contribuinte, pois ele sabe que na hora que chegar aqui, tem uma equipe direcionada para aquela necessidade dele, uma equipe direcionada para aquela área em que ele mora. (P15).

Ainda sobre a atenção básica, o VI princípio, que trata da Gestão do Cuidado Integral em Rede, refere que o vínculo construído por uma atenção básica de fato resolutiva, humanizada e integral permite o desenvolvimento gradativo da gestão do cuidado dos usuários pelas equipes, nos vários cenários e momentos de cuidado, inclusive quando a continuidade do cuidado requer o encaminhamento para outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), momento em que a coordenação da atenção básica é decisiva. (BRASIL, 2012).

Para Carreira e Rodrigues (2010), o compromisso e a vinculação estabelecidos pelos profissionais da ESF com os usuários fortalecem a confiança nos serviços. E essa relação é fundamental para ampliar a qualidade da assistência, pois, entre outros fatores, este influencia diretamente a aderência do indivíduo ao tratamento da doença crônica,

fazendo com que, a partir daí, as pessoas acreditem nas suas orientações, tomando os cuidados necessários ao controle da doença. O estudo dos autores na atenção básica constatou que mudanças nas políticas e nos programas que alteram a equipe de saúde, ou parte dela, na Unidade Básica de Saúde, interferem de forma negativa na formação de vínculos entre o profissional e a população, prejudicando a qualidade do atendimento.

Categoria 2 – Processos que dificultam o cuidado ao idoso hipertenso foi constituída das seguintes subcategorias: 1) Assistência é centrada na doença; 2) Formação acadêmica pautada no modelo biomédico; 3) Inexistência de intersetorialidade; 4) Descontinuidade do cuidado na rede assistencial.

Assistência centrada na doença

As pessoas idosas apresentam características especiais quanto à natureza de seus agravos, ao modo de adoecimento e ao uso de serviços de saúde, o que exige um amplo redimensionamento das práticas de saúde para fazer face às novas demandas impostas pela crescente população de longevos. De acordo com João Macêdo Coelho Filho (2013. 401), torna-se prioridade a implantação de serviços e programas inovadores e que incorporem novos paradigmas de atenção à saúde, com foco na capacidade funcional muito mais do que na doença.

Contudo, o atual cenário sanitário brasileiro no que diz respeito aos avanços e conquistas do SUS merece reflexão e o reconhecimento de suas fragilidades e desafios, no sentido de buscar soluções e alternativas para as extensas e complexas necessidades sociais de saúde da população. Nos últimos anos o SUS avançou em diversos aspectos com vistas a alcançar seus princípios basilares: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular. Vários autores defensores e militantes da Reforma Sanitária Brasileira discutem os desafios e impasses do SUS em suas contradições entre o arcabouço constitucional e as práticas vivenciadas nos espaços de gestão, formação e atenção à saúde. Esses pontos frágeis do sistema, comumente chamados de nós críticos, são múltiplos, mas podem ser resumidos em três: o trabalho em saúde, a gestão e o financiamento da saúde (SANTOS et al., 2013).

O Brasil vem avançando com as conquistas do SUS, porém as iniciativas de cuidado holístico ainda são tímidas; embora tenham crescido nos últimos anos, ainda existem dificuldades em integrar as

alternativas profissionais, populares e forma do cuidado. Assim, cabe aos gestores e trabalhadores da saúde compreender o sistema de cuidado, compreendendo que a cultura tem um papel importante.

Nesse sentido, destaca-se a ESF como proposta de grande potencial, embora ainda tenhamos muito a caminhar no sentido da integralidade, na busca de alternativas de cuidados que promovam e protejam a saúde das pessoas. Nessa caminhada, os olhares lançados pela antropologia podem ser grandes aliados ao propor a reconfiguração do modelo com base no universo simbólico e em significados que permeiam os grupos, produzindo transformações no seio das relações sociais (SANTOS et al., 2013).

Nessa subcategoria, os trabalhadores de enfermagem destacaram, em suas percepções, a importância de prestar cuidado integral às pessoas em condições crônicas, embora reforcem o olhar sobre as dimensões biológicas, reconhecendo a necessidade de ampliar as dimensões sociais, culturais, psicológicas e ambientais dos serviços ofertados, como mostram os depoimentos a seguir:

Muitas vezes, o idoso também adoece porque não tem o que fazer, ou porque não tem uma convivência melhor com a família, às vezes entra em depressão, esse tipo de problema; e se outro serviço fosse ofertado ajudaria a melhorar sua saúde. (P5).

Na promoção à saúde era pra ter lazer. Eles ficam sentados na cadeira de dia e de noite, não têm lazer, não têm atividades, aqui a gente não oferece isso para eles, só para aqueles que podem andar, podem se movimentar; mas para aqueles que não podem não existe alternativa. (P22).

Se você precisa fazer um passeio, tem que ir atrás do carro; se a entrada é paga, você que tem que ir atrás pra conseguir isenção desse pagamento; se você quer oferecer um lanche, você que tem que trazer esse lanche, tirar do seu dinheiro, do seu salário pra fazer um lanche. (P5).

Esse sistema de saúde fragmentado é típico de um modelo de atenção à saúde voltado para o atendimento das condições agudas, o que se configura numa contradição da saúde brasileira, por apresentar um

quadro de doenças crônicas. Esse impasse está intimamente relacionado à hegemonia histórica do chamado modelo médico assistencial ou biomédico, baseado na concepção unicausal de saúde e doença, alavancado no século XIX pelos avanços da microbiologia e voltado para a explicação biológica do processo saúde-doença, com serviços organizados na lógica neoliberal de produção, cujos atendimentos são fragmentados e predominantemente curativos (BATISTELLA, 2007).

Dessa forma, a reversão do modelo exige que o sistema e os serviços de saúde sejam capazes de resolver os extensos problemas de saúde da população, especialmente as condições crônicas, implicando intervenções contínuas de promoção da saúde, prevenção de riscos, tratamentos, reabilitação e suporte familiar para o autocuidado, por meio da integração de uma rede de pontos de atenção a partir da atenção primária (SANTOS et al., 2013).

Para Filho (2013), esse modelo de organização da saúde com base em doença é especialmente limitado para os idosos que, por apresentarem habitualmente múltiplos e complexos agravos, necessitam da abordagem de médicos com sólida formação generalista, especialista ou não no cuidado do idoso, e também de uma equipe multiprofissional de saúde, muitos dos quais ainda não estão suficientemente disponíveis em nosso sistema de saúde.

Diante do exposto, aos poucos foram sendo concebidos modelos de atenção voltados para a integralidade da atenção à saúde. E com o intuito de atender essas demandas, surgem propostas inovadoras, voltadas para a promoção da saúde e a qualidade de vida da população. A mudança de modelo, ao redefinir o objeto de trabalho, voltando-se para as necessidades objetivas e subjetivas de saúde, exige a utilização de sabedorias e tecnologias congruentes, além de mudanças no perfil dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho: profissionais e população. Convém lembrar que, sendo o trabalho em saúde uma prática social, envolve, além da dimensão técnica, outras mais subjetivas, como a ética e a cultural. Nesse contexto e para essa finalidade de transformação, surgem diferentes olhares sobre a configuração de um novo modelo de atenção, permitindo entrelaçar saberes e maneiras de cuidar (SANTOS et al., 2013).

Nessa discussão, a ESF surge como mola propulsora de mudanças, amparando-se nos princípios do SUS e permitindo espaço para experimentar outras tecnologias do cuidado que superem o modelo hospitalocêntrico e curativista-hegemônico. Nesse contexto, entende-se que as percepções dos trabalhadores de enfermagem tendem a contribuir com o processo de mudança, já que suas atividades têm sinalizado

aspectos socioculturais, experienciais e subjetividades, rompendo com a visão unidimensional e positivista do adoecimento. Assim sendo, as percepções dos trabalhadores de enfermagem oferecem elementos para compreender e interpretar os contextos de produção e reprodução social da saúde e da doença, contribuindo para construir práticas integrativas que conduzam à reorientação do modelo de atenção nos serviços da rede básica de saúde.

Formação acadêmica pautada no modelo biomédico

O modelo assistencial vigente é caracterizado pela prática médica voltada para abordagens biológicas e hospitalares associadas à utilização, nem sempre adequada, dos recursos tecnológicos existentes, resultando em baixa cobertura, baixa resolubilidade e em custos elevados, gerando insatisfação por parte dos gestores do sistema, dos profissionais de saúde e da população usuária dos serviços (CARREIRA; RODRIGUES, 2010).

Essa conjuntura remete à preocupação com o trabalho dos profissionais de enfermagem no âmbito do SUS e coloca o desafio de situá-los como trabalhadores inseridos na dinâmica dos processos sociais contemporâneos que determinam a sua configuração técnica profissional e têm claras implicações em suas competências e atribuições. Nesse sentido, torna-se evidente a necessidade, na formação para a área de saúde, a educação permanente em saúde agregando o desenvolvimento individual e institucional, os serviços, a atenção à saúde e o controle social, na perspectiva de mudar a concepção hegemônica e tradicional biologicista, mecanicista, centrada na transmissão de conhecimentos para uma concepção construtivista, problematizadora das práticas e dos saberes incentivando a produção de conhecimento nos serviços, tendo em vista os desafios da integralidade, da humanização e da cogestão junto aos usuários. Considera-se fundamental aqui o papel da Atenção Básica à Saúde (ABS) na formação dos profissionais de saúde, repensando seu processo de trabalho e linhas de cuidados enquanto profissionais de saúde da ABS (FERREIRA; FIORINE; CRIVELARO, 2009).

Na prática, a enfermeira que atua na ESF se depara com realidades inesperadas, necessitando desenvolver habilidades para lidar com a complexidade do processo de trabalho para auxiliar na resolução de problemas variados, uma vez que as questões apresentadas pelas demandas vão além da doença e exigem um instrumental diferenciado na tomada de decisões. O modo de operar os processos de trabalho para

promover uma vida saudável deve estar alinhado à possibilidade de enfrentar as desigualdades das condições de vida das pessoas, incluindo o acesso a bens e serviços que contribuem para uma boa qualidade de vida (PINHEIRO, 2013).

A ESF propõe um trabalho com intervenções coletivas alicerçadas no acolhimento e no vínculo com a demanda por meio de uma relação dialógica pautada no reconhecimento do usuário como um ser histórico, com vivências e experiências que podem contribuir para mudanças no contexto da saúde. Desse modo, os princípios e diretrizes dessa estratégia pressupõem o desenvolvimento de práticas coletivas que, na essência, são práticas privilegiadas por proporem um cuidado diferenciado e interativo que se caracteriza por potentes “espaços” geradores de autonomia no processo de trabalho. (PINHEIRO, 2013).

Esses pensamentos não corroboram os depoimentos dos trabalhadores de enfermagem do estudo quando afirmam, em suas percepções, que a ênfase de sua prática junto ao idoso hipertenso recai no modelo biomédico.

Então, o médico dá aquela receita para o paciente receber três meses a medicação nas farmácias populares. E isso também o distancia da unidade de saúde, porque ele se cadastra na farmácia para pegar essa medicação e com isso não participa das outras atividades ofertadas na unidade. Assim a assistência se resume à vinda ao médico para buscar a receita a cada três meses. (P16).

Se a gente tivesse uma condição melhor de trabalho, eu acho que uma intersetorialidade onde a gente pudesse contar mais, pra que você saia daquela atenção curativa, onde você pudesse ampliar mais esse tratamento com atividades recreativas, com passeios, com alguns trabalhos manuais, um espaço de convivência para o idoso aqui, aí eu acho que seria bem melhor. (P5).

Com relação à assistência, é mais curativa, a gente sabe que os pacientes vêm aqui para o médico; eles recebem receita, mas... eu acho que é muito em cima do problema que o paciente traz. A gente faz atividades educativas, mas eu acho que a gente deveria trabalhar mais nisso. (P5).

Isso não é culpa da gente não, é culpa da academia, é culpa do Ministério da Saúde, que sempre foca nas doenças. A experiência com idosos aqui na área em que eu atuo é bem preocupante, temos idoso grave com dependência funcional já muito avançada, porque normalmente encontramos idosos que vivem sós ou que os parentes não têm tempo pra cuidar. (P4).

Para Mendes et al. (2012), em relação à formação do profissional de saúde, o ensino e a pesquisa têm merecido destaque, assim como os cursos de graduação e de especialização, com crescimento significativo, além de eventos que abordam a temática do envelhecimento, agregando profissionais com o objetivo de conscientizar-se para a referida problemática. O mesmo não foi encontrado no estudo realizado por Tavares (2008) em pesquisa realizada com acadêmicos da área da saúde numa instituição de ensino público, que evidenciou lacunas na formação profissional em gerontologia. Nos cursos de biomedicina (60,7%) e de medicina (61,7%), a maioria respondeu que não cursou ou não cursará disciplina ou conteúdo sobre a temática; na enfermagem, 53% responderam que sim.

Nesse sentido, e considerando a diversidade e a complexidade de situações com as quais a atenção básica lida, há que se construir capacidades de análise e intervenção ampliadas diante das demandas e das necessidades para construir uma atenção integral e resolutive. Isso requer a presença de diferentes formações profissionais e alto grau de articulação entre os profissionais de modo que não só as ações sejam compartilhadas, mas também haja um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissional específica vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe que o processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais tenha como foco o usuário, em que o cuidado é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica (BRASIL, 2012).

Inexistência de Intersetorialidade

a) Rede de saúde desarticulada

A maioria dos idosos apresenta múltiplos problemas coexistentes e frequentemente procura inúmeros especialistas, sobrecarregando o

sistema de saúde; além de aumentar o custo da assistência, isso não representa necessariamente uma intervenção efetiva, situação que poderia ser modificada através da organização de uma estrutura distinta daquelas existentes para as demais faixas etárias nos serviços de saúde. O modelo de atenção à saúde do idoso precisa ser eficiente e eficaz para desenvolver ações que envolvam todos os níveis da prevenção e ainda manter um fluxo bem desenhado de ações de educação, de promoção da saúde, de prevenção de doenças evitáveis, de postergação de moléstias e de reabilitação pós-agravos (VERAS, 2009).

Assim, a Atenção Básica deve ser organizada com base na RAS por sua capilaridade e lógica de trabalho, devendo desempenhar um papel chave na sua ordenação. Para isso, é necessário ter cobertura populacional adequada e alta capacidade de cuidado e de resolutividade. Dessa forma, a ordenação da RAS significa também que a maior parte dos fluxos assistenciais, linhas de cuidado e ofertas de apoio terapêutico e diagnóstico sejam elaborados e implantados com base nas necessidades de saúde identificadas pelos serviços de atenção básica (BRASIL, 2012).

Os resultados a seguir demonstram as percepções dos trabalhadores de enfermagem que consideram a rede de saúde desarticulada. Eventos aqui elencados e que constituíram essa categoria ajudam-nos a demonstrar as dificuldades do idoso hipertenso no uso do serviço público de saúde, quando busca suporte ao tratamento da doença crônica na rede de atenção à saúde.

Então, essa questão do trabalho em rede é muito difícil, porque a gente necessita do apoio de outros profissionais e a gente não consegue. (P16).

Quando você pensa na questão das dificuldades do paciente, quando é um hipertenso sem riscos cardiovasculares, esse é mais fácil da gente ficar controlando. No entanto, quando o paciente precisa de atendimento com especialista, a gente sente que isso quebra um pouco. (P6).

Muitas vezes a gente se depara com situações em que não pode dar um direcionamento. Quando, por exemplo, o idoso não conseguiu marcar, agendar ou realizar uma consulta de média ou alta complexidade e aí muitas vezes passa meses ou

anos sem conseguir e—podendo sofrer até uma amputação, porque não foi dada a ele a garantia de atendimento da média e alta complexidade, o que foge à nossa capacidade de atenção na unidade básica. (P15).

Assim, verificou-se que os idosos portadores de maiores necessidades de cuidados de saúde que buscam atendimento em outros serviços de referência da atenção básica, o que demonstra que esta não está preparada para coordenar esse atendimento adequado a essa população por falta de uma rede articulada que dê seguimento ao cuidado em outra esfera do sistema.

Nas percepções dos trabalhadores de enfermagem, demonstra que a morosidade do atendimento do serviço público na média e alta complexidade poderá agravar o problema de saúde do usuário. A situação fica ainda mais difícil quando se trata de agendar consulta com médicos especialistas, pois, dependendo da especialidade, geralmente o indivíduo espera um longo período para ser atendido.

As percepções dos trabalhadores de enfermagem são entendidas como produtos sociais, formados através das atividades realizadas à medida que elas interagem com as necessidades de saúde dos usuários. Conclui-se que o significado dessa assistência à saúde do idoso hipertenso está em construção, sendo formulado e reformulado conforme suas interações, envolvido nesse processo de produção social da saúde em toda a rede de saúde do município de Natal.

Descontinuidade do cuidado na rede assistencial composto dos seguintes códigos: a) alta rotatividade do profissional médico nas equipes e b) falta de garantia do atendimento na média e na alta complexidade.

a) Alta rotatividade do profissional médico nas equipes

Nas percepções dos trabalhadores de enfermagem se evidencia a preocupação com a interrupção do acompanhamento à família por uma equipe de saúde ou por algum profissional que a compõe, seja esse atendimento realizado de forma individual na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou em reuniões com grupo de idosos, seja através de visitas domiciliares à família. Além de prejudicar a relação de vínculo e confiança estabelecida pela equipe com o idoso e a família, a mudança do profissional pode ainda trazer o problema da descontinuidade do

tratamento. Ou seja, o novo profissional, nos seus primeiros contatos com o idoso e a família, terá de repetir a anamnese, levantando informações sobre seu histórico de saúde e doença para buscar instrumentos necessários ao seu diagnóstico e para definir a conduta terapêutica (CARREIRA; RODRIGUES, 2010). Tal situação prejudica o atendimento, principalmente em caso de doença crônica, como revela o depoimento a seguir:

A falta do profissional médico na nossa realidade é complicado. Os outros profissionais nem tanto, mas há muita rotatividade de médico. Eu vejo isso como uma coisa negativa, pois ocorre a quebra das atividades em andamento. Aqui, quando o médico está conhecendo aquela comunidade é o tempo de ir embora e vir outro. (P16).

Para Baratieri, Mandu e Marcon (2012), o vínculo, na visão dos enfermeiros da ESF, não se resume à boa interação, mas se associa ao atendimento integral que cabe à ESF. É visto como fundamental nesse espaço a configuração da longitudinalidade do cuidado. Quando a equipe e a população mantêm estreitas relações e contato continuado no interior do serviço e fora dele, o vínculo se efetiva mais facilmente, propiciando a identificação das necessidades e respostas mais apropriadas. Assim, é perfeitamente normal que a rotatividade do profissional médico contribua para quebrar esse vínculo construído nos encontros entre profissional e usuário, prejudicando a continuidade das atividades iniciadas e terapêuticas instituídas.

b) Falta de garantia do atendimento na média e na alta complexidade

A saúde do idoso constitui um desafio para a sociedade, embora seja um dos eixos prioritários do Pacto pela Vida (BRASIL, 2006). A manutenção da capacidade funcional de pessoas idosas também constitui um desafio para os serviços de saúde e para os profissionais de saúde. Nesse contexto, a diversidade dos processos na APS e a real inclusão da saúde do idoso exigem uma densa estrutura de rede de serviços.

E saindo da unidade de saúde para outros setores dentro da secretaria também é difícil. É difícil você encaminhar para um pediatra, é difícil ir para um geriatra, é difícil transporte desse paciente,

porque ele não tem carro, o serviço não tem carro, antes até tinha pra fazer fisioterapia e hoje a gente não tem mais. (P16).

No caso do eletrocardiograma agora está melhor para marcar, eles são marcados pela regulação; mas quando ele precisa de um cardiologista não é fácil marcar. (P21).

E aí a gente tem muitos hipertensos e diabéticos nessa situação, principalmente idosos, que vêm com a condição vascular precária, que necessitam de uma avaliação desse acompanhamento vascular, que não consegue, e lá na frente já vai se internar. (P13).

Você tem um paciente que precisa de uma avaliação hoje, e um mês depois ele não foi avaliado; então, um paciente que tem uma necessidade de avaliação vascular não pode esperar um mês, e aí ele vai agravar e vai ser ocultado, porque não foi garantida a ele a rede articulada e foge à nossa competência, tanto técnica quanto de base local. (P15).

Tal cenário coloca na roda do debate a inoperância das redes de atenção à saúde e as dificuldades de uma gestão que vivencia uma realidade de intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas caracterizadas por lacunas assistenciais importantes, financiamento público insuficiente, com redução da capacidade do sistema de prover a integralidade da atenção à saúde, ou seja, uma configuração inadequada de modelos de atenção marcados pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção.

O Ministério da Saúde estabeleceu como diretriz a Portaria 4.279 de 30 de dezembro 2010, que define a RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). E ainda em sintonia com o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) (BRASIL, 2006) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011), vem configurar um modelo de atenção capaz de responder às condições crônicas e às condições agudas e promover ações de vigilância e saúde, efetivando a

APS como eixo estruturante da RAS no SUS. No entanto, percebe-se que embora existam no país políticas instituídas na tentativa de responder às questões decorrentes dessa realidade e da integração da rede, ainda persistem muitos problemas para implantá-las.

E nas percepções dos trabalhadores de enfermagem nota-se a necessidade, sobretudo do planejamento da assistência à saúde dispensada a esse grupo etário nos mais diversos cenários e ambientes de cuidados, como mostram seus relatos de que a organização em rede não conseguiu acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas, o que demonstra a fragilidade na gestão do trabalho cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na APS.

Diante do exposto, nas percepções dos trabalhadores de enfermagem a assistência à saúde da pessoa idosa com hipertensão no âmbito da ESF no município de Natal não se preocupa com a especificidade e a funcionalidade do idoso; e não lhes dando visibilidade, segue sem usar protocolos assistenciais, sem prontuários informatizados. Assim sendo, embora instituída a política pelo Ministério da Saúde, a saúde do idoso parece caminhar lentamente no debate da gestão e da implantação dessas políticas no município de Natal.

Nas percepções dos trabalhadores de enfermagem ficam evidentes, por seus relatos, as dificuldades para os idosos hipertensos utilizarem o serviço público de saúde, principalmente a marcação de consulta para a especialidade, o que geralmente acarreta descontinuidade do tratamento que necessita de avaliação periódica por sua condição crônica. Demonstram também que a atenção à saúde prestada a esses idosos hipertensos se caracteriza pela fragmentação, ao mencionarem a inexistência de um sistema integrado que assegure a continuidade do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo procurou conhecer as percepções dos trabalhadores de enfermagem sobre a assistência à saúde do idoso hipertenso no âmbito da ESF. Foram observados conteúdos e elementos favoráveis e desfavoráveis à oferta de serviços de saúde ao idoso hipertenso, demonstrando a necessidade de ampliar essa oferta na perspectiva de um cuidar mais integral. Em suas percepções as trabalhadoras fizeram referência a múltiplos elementos que configuram tal cenário de serviços ofertados a esse segmento etário, de natureza

biológica, política e sociocultural; apontaram elementos determinantes dessa assistência, como: territorialização, parcerias, vínculo do usuário com a equipe, foco da assistência centrado na doença, formação acadêmica pautada no modelo biomédico, inexistência de intersetorialidade e descontinuidade do cuidado na rede assistencial.

Desse modo, as categorias analisadas revelam situações em que as trabalhadoras de enfermagem julgam como sendo deficiente a atuação das instituições de saúde e apontam limitações dos profissionais da ESF no cuidado ao idoso hipertenso. Além disso, reconhecem as dificuldades enfrentadas pelos idosos hipertensos quando, ao buscarem suporte do serviço público de saúde, não encontram respostas concretas às suas reais necessidades. Demonstraram também que os idosos hipertensos têm-se afastado das atividades realizadas pelas UBSs e que tem ocorrido com frequência a rotatividade do profissional médico na equipe, o que pode levar à descontinuidade do tratamento, comprometendo o vínculo estabelecido entre a população e os profissionais de saúde.

Assim sendo, foi possível observar nas falas dos trabalhadores de enfermagem a sua percepção sobre as relações de suporte advindas dos serviços de saúde ofertados ao idoso hipertenso que se constitui numa maneira de compreender o significado da assistência ofertada no contexto da ESF, uma vez que essa assistência está expressa em seus modos de agir, falar e pensar. Outros problemas foram levantados quanto à disponibilidade e ao fornecimento de medicamentos, dificuldades no acesso ao atendimento na farmácia popular pelas limitações inerentes ao uso de transporte em virtude do distanciamento geográfico entre esta e a residência do usuário, e ainda as restrições para conseguir consultas médicas com diferentes especialidades na rede assistencial.

Essas situações poderiam ser minimizadas através de um planejamento estratégico em saúde e com melhor qualificação profissional no atendimento a essa população que envelhece, sendo necessário melhor acompanhamento dos idosos em condições crônicas e um sistema de saúde com ênfase no atendimento personalizado à clientela, tendo em vista suas especificidades; uma assistência que se comprometa com a melhoria de sua qualidade de vida, autonomia e independência.

No tocante à formação do profissional de saúde, foram percebidas, nas percepções dos trabalhadores de enfermagem, referências de que no ensino da graduação tem sido deficiente a abordagem da temática envelhecimento, ficando esses profissionais sem

a conscientização para tal problema. Nesse sentido, fica clara a necessidade de maiores investimentos na formação dos profissionais integrantes da ESF na área de gerontologia, sendo imprescindível a educação permanente em saúde agregada ao desenvolvimento individual e institucional. Além de educar ou atualizar quanto aos serviços, à atenção à saúde e o controle social, na perspectiva de mudar a concepção hegemônica e tradicional biologicista, adotando uma concepção construtivista, problematizadora das práticas e saberes, tendo em vista os desafios da integralidade, da humanização e da cogestão junto aos usuários. Diante desse contexto, é de fundamental importância o papel da ABS na formação dos profissionais de saúde que estão na linha de frente do sistema, repensando seu processo de trabalho na perspectiva de linhas de cuidados.

Os resultados mostraram que, os locais pesquisados ainda não conseguiram implantar as premissas básicas das políticas instituídas na Política Nacional de Saúde do Idoso, nem o que está posto no Pacto pela Vida, implantado em 2006 e que incorpora a atenção à saúde do idoso na ABS a fim de atender novas demandas de saúde voltadas para os problemas de saúde da população idosa.

Espera-se que o presente estudo contribua no campo da saúde pelo seu caráter interdisciplinar, que não se limita apenas a esse campo, mas se estende a todas as áreas do conhecimento, considerando a necessidade de serem conhecidas dimensões subjetivas sobre saúde e sobre o processo de envelhecimento, contextualizados socialmente. Acredita-se que uma das contribuições desta pesquisa seja provocar a reflexão sobre os serviços de saúde ofertados ao idoso em condições crônicas e que gestores locais e trabalhadores de saúde do Distrito Sanitário Oeste, Natal, RN, possam implantar sua prática assistencial para beneficiar o idoso hipertenso assistido na ESF local.

REFERÊNCIAS

BARATIERI, T.; MANDU, E.N.T.; MARCON, S.S. Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na estratégia saúde da família. **Ciência y Enfermería**, v. 18, n. 2, p. 11-22, 2012.

BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado, complexidade teoria e necessidade histórica. In: FONSECA, A.F.; CORBO, A.D. **O território e o processo saúde- doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 25-49.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2528/GM**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa Brasília, DF: Diário Oficial da União de 19 de outubro de 2006, Poder Executivo. 2006b.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Portaria nº 2.488/GM**, de 21 de outubro de 2011. Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB), 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 20 set. 2012.

_____. **Portaria nº 4.279/GM**, de 30 de dezembro de 2010. Dispõe sobre as diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União de 30 de dezembro de 2010, Poder executivo. 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_30121.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2012.

CALDAS, C.P. et al. Rastreamento de risco perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da rede de atenção ao idoso. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3495-3506, 2006.

CARREIRA, L.; RODRIGUES, R.A.P. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 939-949. 2010.

COELHO FILHO, J.M. Saúde do Idoso. In: ROUQUAYROL, M.Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. cap. 20, p.401-21.

FERREIRA, R.C.; FIORINE, V.M.L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: O papel da atenção básica em saúde na perspectiva docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 20, p. 208-15, 2009.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1107-1111, 2006.

MENDES, C.K.T.T. et al. Representações sociais de trabalhadores da atenção básica de saúde sobre envelhecimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 3, p. 148-155, 2012.

NAKANO, A.K.; KOGA, D. Os territórios da urbanidade e a promoção da saúde coletiva. In: SOARES, C.B; CAMPOS, C.M.S. **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. 2013. cap. 5, p. 143-70.

NOBREGA, M.M.L.; MEDEIROS, A.C.T. Como prestar cuidados sistematizados à pessoa idosa utilizando os elementos da prática de enfermagem? Uma proposta de catálogo CIPE. In: LOPES, J.M; MENDES, F.R.P; SILVA, A.O. **Envelhecimento Estudos e Perspectivas**. 2014. cap. 3, p. 235-251.

SANTOS, S.D. et al. A dimensão cultural dos modelos de atenção à Saúde: uma reflexão a partir da PSF. In: MELO, L.P; GUALDA, D.M.R.; CAMPOS, E.A. **Enfermagem, antropologia e saúde**. 2013. cap. 11, p. 264-287.

SCHMIDT, M.L. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. In: ROUQUAYROL, M.Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p. 295.

SOUZA et al. Redes sociais e condições de saúde: o desafio do cuidado integral. In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; GUERREIRO, D. Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde. São Paulo: Editora Atheneu, 2014. cap. 6, p. 91-108.

TADDEO, O.S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de paciente em condições crônicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012.

TAVARES, D.M.S.; RIBEIRO, K.B.; SILVA, C.C.; MONTANHOLI, L.L. Ensino de gerontologia: uma necessidade para os acadêmicos da área de saúde da universidade federal do triângulo mineiro. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 7, n. 4, p. 537-545, 2008.

TURA, L.F.R. et al. Representações Sociais de saúde construídas por idosos do oeste paraense. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 743-752, 2011.

VERAS, R.P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

_____. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, 2007.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão do conhecimento, posicionamentos, atitudes, sentimentos e desses trabalhadores de enfermagem explora os aspectos subjetivos para que possam melhor lidar com o controle da hipertensão arterial na pessoa idosa, uma vez que esse conhecimento é permeado de subjetividade e percebido de diferentes formas pelos trabalhadores de enfermagem.

Variadas abordagens sobre o tema do envelhecimento humano trazem dimensões distintas, como a fisiológica, a psicológica, a econômica e a social, demonstrando que o envelhecimento traz modificações e consequências para a sociedade e para os indivíduos, tornando-se um fenômeno relevante por meio de cada aspecto, além de oferecer um contexto de informações, conceitos e orientações que circulam dos espaços especializados para os do conhecimento do senso comum. Os assuntos saúde na velhice e o idoso com hipertensão, entre outros, tem suscitado diversas pesquisas na área da saúde. Acredita-se que a exploração das percepções dos trabalhadores de enfermagem pode permitir o contato com conteúdos que, de certa forma, expressem as necessidades de saúde sentidas pelas pessoas.

O presente estudo permitiu evidenciar as diferentes concepções, atributos, posicionamentos e sentimentos das trabalhadoras de enfermagem, resgatando o saber do senso comum sobre quem é o idoso hipertenso e sobre o cuidado e a assistência à saúde ofertada ao idoso hipertenso na ESF. Ao mesmo tempo, aproximou o saber científico, desvelando aquilo que parecia não ser conhecimento essencial à compreensão dos aspectos subjetivos inerentes ao processo de conviver com o idoso hipertenso.

Assim sendo, o conhecimento extraído das falas dos sujeitos facilitou a apreensão de suas percepções existentes nas manifestações, na descrição e nas explicações que justificam seus posicionamentos, explorando os efeitos psicossociais expressos coletivamente nos sentimentos das trabalhadoras de enfermagem. As limitações da presente investigação estão relacionadas ao número de participantes e à delimitação do local. Contudo, outros estudos poderão explorar o tema, ampliando sua compreensão.

Diante dessa realidade, convém salientar que a saúde se caracteriza como um campo de práticas sociais, em cujo cenário militam várias profissões, dentre elas a enfermagem, que é parte de um processo que deve estabelecer relações internas e externas nessa dinâmica social. Portanto, as percepções dos trabalhadoras de enfermagem se constituem

num tipo de conhecimento de elaboração coletiva, socialmente partilhada, concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.

Em suas condutas e práticas cotidianas, as trabalhadoras de enfermagem e os idosos hipertensos atendidos trocam informações e noções permeadas por ideias, símbolos, valores e normas, que se enraízam em suas histórias e vivências, e, nesse processo, o objeto se torna familiar.

Nas percepções da pessoa idosa hipertensão arterial no âmbito da ESF segundo os trabalhadores de enfermagem revelaram-se de forma singular a partir dos limites e fragilidades das pessoas idosas e das incapacidades de seus familiares para o cuidado. Isso aponta a necessidade de um novo modo de conceber, planejar e executar o cuidado à pessoa idosa com hipertensão valorizando suas potencialidades, pessoais e familiares antes de iniciar o processo de construção das atividades destinadas aos idosos, para que não só o idoso e familiar possam apreender as orientações necessárias, como cada trabalhador de enfermagem possa conhecer sua capacidade de conduzir o processo de cuidado para o sucesso em consonância com a equipe da ESF e os valores que permeiam a atenção integral à saúde da pessoa idosa.

Quanto aos significados atribuídos ao cuidado do idoso hipertenso os resultados apresentados podem contribuir para a (re)organização das estruturas e processos de cuidado ao idoso hipertenso, principalmente no que tange ao suporte fornecido pela organização da prática do cuidado de enfermagem no enfrentamento de condições crônicas de saúde no âmbito da ESF, aspecto fundamental para obter melhores resultados assistenciais. É importante que os trabalhadores de enfermagem busquem transcender aspectos desfavoráveis relacionados à prática profissional de realidades onde o cuidado prestado às pessoas em condições crônicas tem sido em sua maioria centrado no tratamento medicamentoso, o que representa uma fragmentação do cuidado integral. As pessoas em condições crônicas requerem cuidados distintos, os quais se constituem de um leque de ações diversificadas e de longa duração, exigindo atributos diferenciados que fortaleçam essas práticas com cuidados inovadores.

O presente estudo procurou conhecer as percepções dos trabalhadores de enfermagem sobre a assistência à saúde do idoso hipertenso no âmbito da ESF. Foram observados conteúdos e elementos favoráveis e desfavoráveis à oferta de serviços de saúde ao idoso hipertenso, demonstrando a necessidade de ampliar essa oferta na

perspectiva de um cuidar mais integral. Em suas representações, as trabalhadoras fizeram referência a múltiplos elementos que configuram tal cenário de serviços ofertados a esse segmento etário, de natureza biológica, política e sociocultural, e apontaram elementos determinantes dessa assistência, como: territorialização, parcerias, vínculo do usuário com a equipe, foco da assistência centrado na doença, formação acadêmica pautada no modelo biomédico, inexistência de intersetorialidade e descontinuidade do cuidado na rede assistencial.

Diante desse contexto, o conhecimento produzido pelo estudo permitiu identificar a importância do preparo das equipes de saúde locais para efetivar a atenção integral à pessoa idosa hipertensa. O redirecionamento do modelo assistencial ao idoso hipertenso na ESF impõe claramente reformulações no processo de qualificação dos serviços e dos profissionais, exigindo das trabalhadoras de enfermagem, gestores e usuários maior capacidade de intervenção e autonomia no estabelecimento de práticas transformadoras em saúde.

Portanto, é central que as gestões municipais apostem nos processos de educação permanente e estimulem as equipes a aderir à ideia de aprimoramento das práticas em saúde integrado ao cotidiano do trabalho e em consonância com os principais objetivos e diretrizes da atenção básica para melhoria do acesso e garantia da qualidade da assistência a esse segmento populacional. O estudo trouxe informações relevantes das subjetividades que permeiam as relações com a pessoa idosa hipertensa, seu cuidado e como se dá a assistência, o que nos leva a crer que o estudo poderá influenciar o modo de produção do cuidado às pessoas idosas com hipertensão. Nesse sentido, a enfermagem tem papel primordial no fortalecimento do seu vínculo com a pessoa idosa com hipertensão arterial e sua família, aprimorando as atividades assistenciais e através de atividades que promovam saúde por meio do reconhecimento de suas necessidades e do planejamento de ações realizadas no âmbito da atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, E.S.S. et al. Representações Sociais do cuidar de idosos para cuidadores: revisão integrativa. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 485-490. 2011.
- ALMEIDA, G.B.S.; PAZ, E.P.A.; SILVA, G.A. Representações Sociais sobre a hipertensão arterial e o cuidado: o discurso do sujeito coletivo. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 459-465, 2011.
- ALVAREZ, A.M.; GONÇALVES, L.H.T. Enfermagem e o cuidado ao idoso no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n.5, p. 715-716, 2012.
- ANTUNES, M.J.M.; GUEDES, M.V.C. Integralidade nos processos assistenciais na atenção básica. In: RIBEIRO, T.G. et al. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem** Porto Alegre: Artmed, 2010. 336 p.
- ARAÚJO, L. F. et al. Violência contra a pessoa idosa: representações sociais entre adolescentes do Arquipélago de Fernando de Noronha-PE. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 104-111. 2012.
- ARAÚJO, L.F.; CRUZ, E.A.; ROCHA, R.A. Representações sociais da violência na velhice: estudo comparativo entre profissionais de saúde e agentes comunitários. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 1, p. 203-212, 2013.
- BARATIERI, T.; MANDU, E.N.T.; MARCON, S.S. Compreensão de enfermeiros sobre vínculo e longitudinalidade do cuidado na estratégia saúde da família. **Ciência y Enfermería**, v. 18, n. 2, p. 11-22, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edição 70, 2011.
- BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado, complexidade teoria e necessidade histórica. In: FONSECA, A.F.; CORBO, A.D. **O território e o processo saúde- doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 25-49.

BRANDÃO, A.P. et al. Hipertensão arterial no idoso. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 436-454.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. In: legislação, leis ordinárias, 1990. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus. Pdacessado em 18-6-2015>. Acesso em: 15 out. 2014.

_____. Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União de 4 de janeiro de 1994, Poder Executivo. 1994. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm>. Acesso em: 10 de outubro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março de 2006. Brasília, 2006.

_____. _____. **Portaria nº 483**, de 1º de abril de 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 22 jun. 2015.

_____. _____. **Portaria nº 2.488/GM**, de 21 de outubro de 2011. Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB), 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 20 set. 2012.

_____. _____. **Portaria nº 2528/GM**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Diário Oficial da União de 19 de outubro de 2006, Poder Executivo. 2006a.

_____. _____. **Portaria nº 4.279/GM**, de 30 de dezembro de 2010. Dispõe sobre as diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União de 30 de dezembro de 2010, Poder executivo. 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_30121.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2012.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica 19 – **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2006. 192 p.

_____. _____. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção Básica. **Estratégia para o cuidado de pessoas com doença crônica**. Brasília, 2014. 162p.: Caderno de atenção Básica n. 35.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

_____. _____. 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; 2011.

_____. _____. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CALDAS, C.P. et al. Rastreamento de risco perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da rede de atenção ao idoso. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3495-3506, 2006.

CAMACHO, A.C.L.F.; COELHO, M.J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 279-284, 2010.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADS. In: CAMARANO, A.A.

(Org.). **Cuidados de longa duração para população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p. 93-122.

CARREIRA, L.; RODRIGUES, R.A.P. Dificuldades dos familiares de idosos portadores de doenças crônicas no acesso à Unidade Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 939-949. 2010.

CECILIO, 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. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2006. 186p.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: COOPMED NESCON UFMG, 2009.

CHAIMOWICZ, F.; COELHO, G.L.L.M. **Expectativa de vida de incapacidade em Ouro Preto**. Relatório técnico final. Brasília: Conselho Nacional de Pesquisa, 2004.

CLARES, J.W.B. et al. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. **Rev Rene**. v. 12, n. esp, p. 988-994, 2011.

COELHO FILHO, J.M. Saúde do Idoso. In: ROUQUAYROL, M.Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. cap. 20, p.401-21.

CORRADI, E.M. Aspectos gerenciais da consulta de enfermagem. In: SANTOS, A.S.; CUBAS, M.R. **Saúde coletiva: Linhas de cuidados e consulta em enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. cap. 4, p. 45-58.

CRUZ, R.C.; FERREIRA, M.A. Um certo jeito de ser velho: Representações sociais da velhice por familiares de idosos. **Texto e Contexto de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 144-51. 2011.

DUCAN, B.B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidência**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DUNCAN, B. B. et. al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, supl. 1, p. 126-134. 2012.

FERNANDES, M.T.O.; SOARES, S.M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p.1494-1502, 2012.

FERREIRA, R.C.; FIORINE, V.M.L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: O papel da atenção básica em saúde na perspectiva docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 20, p. 208-15, 2009.

GADENZ, S. D.; BENVENÚ, L. A. Hábitos alimentares na prevenção de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos hipertensos. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 18, n. 12, p. 3523-3533, 2013.

GALAND, C.; SALÈS–WUILLEMIN, E. Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé. **Sociétés**, v. 105, n. 3, p. 35-44, 2009.

GIL, A.C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GUIMARÃES, M.L. et al. O cuidado ao idoso em saúde coletiva um desafio e um novo cenário de prática. In: SOUSA, M.C.M.; HORTA, N.C. **Enfermagem em saúde coletiva teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 300-313.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Sinopse do Censo Demográfico 2010. Disponível em:

<<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=12&uf=00>>

Acesso em: 10 maio 2014.

_____. **Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica** número 25. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. 2009.

JUNIOR, LCCF. O cuidado a portadores de doenças crônico-degenerativas em unidades de atenção primária a saúde em município de

grande porte: contribuições do planejamento em saúde e da análise institucional. In: L'ABBATE, S. (Org.). **Análise institucional e saúde coletiva no Brasil**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1107-1111, 2006.

KUSCHNIR, R. CHORNY AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LEBRÃO, M.L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica, São Paulo. **Saúde Coletiva**, v. 4, n. 17, p. 135-140. 2007.

LENARDT, M.H. et al. O cuidado gerontotógico de enfermagem ao idoso renal crônico em tratamento hemodialítico: perspectiva cultural e sustentável. In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; GUERREIRO, D. **Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde**. São Paulo: Atheneu, 2014. cap.9, p 145-156.

MACHADO, W.C.A et al. Promoção da saúde do idoso: desafios contemporâneos para a administração pública municipal. **Enfermagem Brasil**, v. 11, n. 6, 2012.

MANTOVANI, M.F.; MENDES, F.R.P. A condição crônica de saúde do diagnóstico à gestão cotidiana da situação. In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; GUERREIRO, D. **Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde**. São Paulo: Atheneu, 2014. cap. 2, p. 12-25.

MARTINA, M. et al. Violencia hacia el adulto mayor: Centros Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Lima-Perú, 2009. **Revista Peruana de Epidemiologia**, v. 14, n. 3, p.1-7. 2010.

MENDES, C.K.T.T. et al. Representações sociais de trabalhadores da atenção básica de saúde sobre envelhecimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 3, p. 148-155, 2012.

MENDES, E.V. **As Redes da Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: Teoria, método e criatividade. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

NAKANO, A.K.; KOGA, D. Os territórios da urbanidade e a promoção da saúde coletiva. In: SOARES, C.B; CAMPOS, C.M.S. **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. 2013. cap. 5, p. 143-70.

NÓBREGA, J.F. **O imaginário da Promoção da Saúde no cotidiano da formação do técnico de enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. 172p.

NÓBREGA M.M.L. Como prestar cuidados sistematizados a pessoa idosa utilizando o s elementos da prática de enfermagem? Uma proposta do catálogo CIPE. In: LOPES, M.J; MENDES, F.R.P. SILVA, A.O. **Envelhecimento estudos e perspectivas**. São Paulo: Martinari, 2014. cap.3, p.234-53.

NOBREGA, M.M.L; MEDEIROS, A.C.T.; Como prestar cuidados sistematizados à pessoa idosa utilizando os elementos da pratica de enfermagem? Uma proposta de catálogo CIPE. In: LOPES, J.M.; MENDES, F.R.P.; SILVA, A.O. **Envelhecimento Estudos e Perspectivas**. cap. 3. p. 235-251, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração do México. 2000. In: **Promoção da Saúde**: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2002.

_____. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde 2005. 60p

_____. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**: Carta de Ottawa. Ottawa (Canadá): OMS, 1986.

_____. **Relatório Mundial de Saúde 2008: atenção primária em saúde: agora mais que nunca** [CD-ROM]. [S.l.]: OMS; 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas**. Washington: OPS; 2010. (La renovación de la atención primaria de salud en las Américas nº 4).

PAIM, L.; Mudanças no cenário de cuidado em cronicidade na saúde humana. In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; GUERREIRO, D.; **Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2014. Cap.1. p. 2-9.

PINHEIRO, G.M.L. **Processo de trabalho da enfermeira na atenção ao idoso no âmbito da Estratégia de Saúde da Família**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2011. 169 f.

PINTO, J.M.; NERI, A.L. Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: Estudo Fibra. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3449-3460, 2013.

RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.72-78.

ROMERO, A.D. et al. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa unidade da família. **Rev Rene.**, v. 11, n. 2, p. 72-78, 2010.

RODRIGUES, T.P. et al. Sentidos associados à violência para idosos e profissionais. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 772-778, 2010.

SALÉS-WUILLEMIM, E.; MORLOT, R.; MASSE, L. La représentation sociale de l'hygiène chez les professionnels de santé: intérêt du recueil par entretien et de l'analyse discursive des opérateurs

de liaison issus du modele des Schèmes Cognitifs de Base (SCB). **Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale**, n. 82, p. 43-72. 2009.

SANTOS, S.D. et al. A dimensão cultural dos modelos de atenção à Saúde: uma reflexão a partir da PSF. In: MELO, L.P.; GUALDA, D.M.R.; CAMPOS, E.A. **Enfermagem, antropologia e saúde**. 2013. cap. 11, p. 264-287.

SCHMIDT, M.L. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. In: ROUQUAYROL, M.Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p. 295

SILVA, L.M. et al. Representações sociais sobre qualidade de vida para idosos. **Revista. Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n.1, p. 109-115, 2012.

SILVA, M.E.D.C.; MOURA, M.E.B. Representações de profissionais da saúde sobre a hipertensão arterial. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 75-82, 2011.

SOBRINHO, M. D; PAULA, R. S. Representações sociais do ser idoso e práticas de atenção à velhice na cidade de Natal. In: LOPES, M.J; MENDES, F.R.P. SILVA, A.O. **Envelhecimento estudos e perspectivas**. São Paulo: Martinari, 2014. cap. 2, p. 61-75.

SOUZA, A.S.; MENEZES, M.R. Estrutura da representação social do cuidado familiar com idosos hipertensos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 1, p. 87-102. 2008.

SOUZA, D.J. et al . Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 2. 2010.

SOUZA et al. Redes sociais e condições de saúde: o desafio do cuidado integral. In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; GUERREIRO, D. **Condições crônicas e cuidados inovadores em saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2014. cap. 6, p.91-108.

STUHLER, G.D.; CAMARGO, B.V. Representações sociais do diabetes de pessoas que vivem com essa condição crônica. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 3, p. 67-81. 2012.

TADDEO, O.S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de paciente em condições crônicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012.

TAVARES, D.M.S. et al. Ensino de gerontologia: uma necessidade para os acadêmicos da área de saúde da universidade federal do triângulo mineiro. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 7, n. 4, p. 537-545, 2008.

TELLES, J. L. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**.

Entrevista. 2012. Disponível em:

<<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>>.

Acesso em: 07 dez. 2012.

TRENTINE, M.; PAIM, L.; GUERREIRO, D. **Condições Crônicas e cuidados inovadores em saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.

TURA, L.F.R. et al. Representações Sociais de saúde construídas por idosos do oeste paraense. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 743-752, 2011.

VERAS, R.P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

_____. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, 2007.

WALDOW, V.R. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. **Maneiras de Cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porta Alegre: Artes Médicas, 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ENTREVISTA**GUIA PARA ENTREVISTA****1. IDENTIFICAÇÃO**

- 1.1 Número do questionário -----

- 1.2 Nome da Unidade Saúde da Família em que trabalha -----

- 1.3 Data da coleta de dados-----

- 1.4 Função que exerce na USF-----

- 1.5 Tempo que trabalha na Unidade Saúde da Família-----

2. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

- 2.1 Você convive com idosos no seu cotidiano familiar e ou social?
Fale-me sobre essa experiência.
- 2.2 Qual a frequência que você assiste/cuida da pessoa idosa com HA?
- 2.3 Como você percebe a assistência prestada aos idosos hipertensos aqui na USF?
- 2.4 Relate os cuidados/orientações que você presta ao idoso com HA.
- 2.5 Em que medida eles diferem daqueles prestados para o restante da população hipertensa?
- 2.6 Quais os elementos facilitadores para esse cuidado?
- 2.7 Como você poderia promover a saúde da pessoa idosa com HA?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: Representações Sociais dos Trabalhadores de Enfermagem sobre a pessoa idosa com hipertensão arterial na atenção primária.

As informações contidas nesta folha, fornecidas por Ângela Maria Alvarez e Rosimeire Fontes de Queiroz têm por objetivo firmar acordo escrito com nome do(a) depoente

_____ para participação da pesquisa acima referida, autorizando sua participação com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos a que ela(e) será submetida(o). 1.Natureza da pesquisa: Esta pesquisa tem como objetivos: Compreender as representações sociais dos trabalhadores de enfermagem sobre a pessoa idosa com hipertensão arterial no âmbito da Estratégia de Saúde da Família em um distrito sanitário de Natal/RN, com base na Teoria das Representações Sociais. 2.Participantes da pesquisa: será realizada mediante entrevista prioritariamente com os profissionais da enfermagem, que prestam assistência à pessoa idosa com hipertensão arterial e que aceitem participar do estudo. Para o registro das informações fornecidas pelos participantes da pesquisa, pediremos a permissão para gravar a entrevista, das quais resguardaremos o sigilo e anonimato, e para usar um caderno de campo para anotações do pesquisador. 3.Envolvimento na pesquisa: Ao participar deste estudo você nome do depoente _____ tem liberdade de se

recusar a participar e ainda de se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para você. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone das Pesquisadoras do projeto e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa. 4.Sobre as entrevistas: Você responderá a uma entrevista com questões abertas, que serão gravadas e transcritas posteriormente conforme sua concordância com este termo. Os locais em que este estudo será desenvolvido estão diretamente ligados aos espaços nos quais os sujeitos puderem ser acessados e contatados, como a própria unidade básica. 5.Riscos e desconforto: Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466, de 12 de dezembro de 2012. 6.Confidencialidade: Tratando-se de uma pesquisa com seres humanos a

confidencialidade das informações depende do aceite ou não do participante em ser identificado. 7. Benefícios: Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo contribua com informações importantes que deve acrescentar elementos relevantes à literatura, bem como ao aprimoramento da assistência ao idoso portador de hipertensão arterial e seus familiares, onde as pesquisadoras se comprometem a divulgar os resultados obtidos. 8. Pagamento: Você não terá nenhum tipo de despesa ao autorizar sua participação nesta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. 9. Liberdade de recusar ou retirar o consentimento: Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo livre de penalidades. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para permitir sua participação nesta pesquisa. Portanto, preencha os itens que seguem:

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
 RG _____ após a leitura e compreensão destas informações, entendo que a minha participação é voluntária, e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.
 Florianópolis, _____/_____/_____ Telefone _____ para contato: _____ Nome do participante do estudo: _____ Assinatura do participante do estudo _____

 Maria Alvarez
 Assinatura do pesquisador
 pesquisador
 Fone: 84-9660-6088 alvarez@ccs.ufsc.br
 roseerai@hotmail.com

Dra. Ângela
 Dda. Rosimeire Fontes de Queiroz
 Assinatura do
 Fone: 8824-0341

CEPSH-UFSC.

Campos Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro Trindade

Cep: 88.040-900 UF: SC Florianópolis

Tel. (48) 3721-9206- Fax: (48) 3721-9696

cep@reitoria.ufsc.br

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM SOBRE A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: Angela Maria Alvarez

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25702013.3.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 551.146

Data da Relatoria: 10/03/2014

Apresentação do Projeto:

"REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM SOBRE A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA. Projeto que visa estudar a atuação da enfermagem no cuidado a pessoa idosa com hipertensão arterial, tendo como foco principal a atuação dos profissionais de enfermagem no âmbito da Estratégia de Saúde da Família em um distrito sanitário de Natal/RN.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário é compreender as representações sociais dos trabalhadores de enfermagem sobre a pessoa idosa com hipertensão arterial no âmbito da Estratégia de Saúde da Família em um distrito sanitário de Natal/RN. Secundariamente: 1) apreender o universo consensual dos trabalhadores de enfermagem sobre a pessoa idosa com hipertensão arterial; 2) identificar a prática de cuidado dos trabalhadores de enfermagem com a pessoa idosa com hipertensão arterial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores os riscos envolvidos na pesquisa serão mínimos, podendo haver constrangimento em responder alguma pergunta. No entanto, como a participação é voluntária, significa que o participante poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento sem

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 551.146

que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Também tem o participante, direito de não responder a questões caso não se sinta a vontade, a considere muito pessoal ou lhe cause incômodo falar sobre o assunto. O desconforto da entrevista será minimizado por meio da realização da entrevista em local que preserve a confidencialidade das informações. Caso ocorra necessidade, o participante será assistido e acompanhado pelas pesquisadoras para corrigir possíveis danos, inclusive considerando benefícios e acompanhamentos posteriores ao encerramento e/ou a interrupção da pesquisa.

Como benefícios, embora não diretamente, ao participar do estudo, estará contribuindo para a discussão e compreensão do processo de cuidar da pessoa idosa com hipertensão arterial pelos profissionais de enfermagem da atenção primária de saúde no município de Natal/RN. Os resultados serão publicados e divulgados em periódicos e eventos científicos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente de um projeto de Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, pesquisa que visa compreender as representações sociais dos trabalhadores de enfermagem sobre a pessoa idosa com hipertensão arterial no âmbito da Estratégia de Saúde da Família em um distrito sanitário de Natal/RN. O presente estudo é uma pesquisa fundamentada na teoria das representações sociais, optou-se pela

pesquisa exploratória descritiva, utilizando a abordagem qualitativa. Os participantes da investigação serão trabalhadores de enfermagem: auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros que assistem a pessoa idosa com hipertensão arterial nas USF de Cidade Nova, USF Felipe Camarão II e USF do Guarapes que aceitarem participar do estudo, sendo 11 enfermeiros 20 auxiliares de enfermagem e 1 técnico de enfermagem. Como critério de inclusão o participante deverá ter um tempo de trabalho na USF superior a um ano. A escolha dessa população se deu pelo fato desses sujeitos terem uma sistemática de trabalho com hipertensos possibilitando condições de contribuir com informações que permitam abranger ao máximo as dimensões do estudo. Projeto bem estruturado, documentação completa e TCLE adequado aos participantes, estando assim, de acordo com a Resolução CNS nº 466/12 e normas complementares. Desta forma, recomendamos a sua aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentação completa.

Recomendações:

Não se aplica.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 551.146

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram detectadas pendências ou inadequações neste projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 11 de Março de 2014

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA

 CITY OF NATAL A NOVA CIDADIA Município de Natal - RN	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – DGTES Setor de Desenvolvimento Profissional da Educação na Saúde – SDPES
---	--

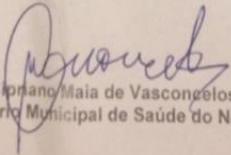
TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro por meio deste que esta Secretaria Municipal de Saúde está de acordo com a coleta de dados do projeto intitulado **“Representações sociais dos trabalhadores de enfermagem no cuidado a pessoa idosa com hipertensão arterial na atenção primária”**, coordenado pela Prof.ª Drª Ângela Maria Alvarez e desenvolvido pela discente **Rosimeire Fontes Queiroz** doutoranda de enfermagem através do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, a ser realizado na Secretaria Municipal de Saúde, nas unidades de saúde da família de Felipe Camarão II, Cidade Nova e Guarapes de responsabilidade da secretaria, no período de Março/2013 à Junho 2014.

Consideramos que este projeto poderá contribuir para a produção de conhecimentos acerca desse tema. Em virtude disso, autorizamos a presença da aluna nas dependências das unidades de saúde da Secretaria Municipal de Saúde bem como a abordagem aos profissionais/usuários da Rede Municipal de Saúde de Natal.

Cabe destacar que, a divulgação dos resultados obtidos em fóruns, revistas/jornais científicos ficará autorizada, desde que seja mantido o sigilo sobre a identificação das unidades/usuários.

Natal, 25 de Novembro de 2013.


Cipriano Maia de Vasconcelos
Secretário Municipal de Saúde do Natal/RN