
Artigo Original

Percepção do Enfermeiro acerca das circunstâncias de procura de idosos portadores de hipertensão pela Atenção Básica

Nurse's perception about the circumstances of demand for elderly people with hypertension by Basic Attention



<http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v9i2.7000>

Ernandes Gonçalves Dias^{1*}, Silvana Martins Mishima²

RESUMO

Introdução: A maior parte dos atendimentos aos idosos portadores de hipertensão ocorre na Atenção Básica, assim é importante conhecer as necessidades desses usuários na procura pelo serviço. **Objetivo:** Analisar a percepção do enfermeiro acerca das circunstâncias de procura dos idosos portadores de hipertensão pela Atenção Básica. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e qualitativo realizado com 11 enfermeiros atuantes na Atenção Básica de Monte Azul, Minas Gerais. Os dados foram coletados entre novembro/2016 e janeiro/2017 através de uma entrevista semiestruturada. A análise e interpretação dos dados foi realizada à luz do suporte teórico da integralidade do cuidado mediante Análise Temática. **Resultados:** Indicaram que na maioria das vezes o idoso busca a Unidade de Saúde para mensuração da pressão e renovação da receita. Apesar de realizar

atendimento programado, muitas vezes, a procura se dá por demanda espontânea. Quando não tem relação direta com a alteração da pressão, ainda assim, é avaliado considerando o fato de ser um usuário portador de hipertensão. **Conclusão:** Há indício de integralidade quando acompanham os idosos em todas as oportunidades para orientá-los, como pode representar uma atuação com foco sobre a condição de saúde, onde a valorização da “doença” sobrepõe a valorização do sujeito.

Palavras-chave: Idoso; Hipertensão; Cuidados de Enfermagem; Atenção Básica; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: Most of the care provided to the elderly with hypertension occurs in Primary Care, so it is important to know the needs of these users when looking for the service. **Objective:** To analyze the perception of nurses about the circumstances of seeking elderly people with hypertension for Primary Care. **Material and Methods:** This is a descriptive, exploratory and qualitative study conducted with 11 nurses working in Primary Care in Monte Azul, Minas Gerais. Data were collected between November / 2016 and January / 2017 through a semi-structured interview. Data analysis and interpretation was carried out in the light of the theoretical support for comprehensive care through Thematic Analysis. **Results:** They indicated that, in most cases, the elderly go to the Health Unit to measure the pressure and renew the prescription. Despite carrying out scheduled service, demand is often spontaneous. When it is not directly related to the change in pressure, it is still evaluated considering the fact of being

¹ Faculdade Verde Norte. Secretaria Municipal de Saúde de Monte Azul-MG, Brasil.

² Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) Universidade São Paulo (USP). Ribeirão Preto-SP, Brasil.

***Autor Correspondente:** Faculdade Verde Norte. Secretaria Municipal de Saúde de Monte Azul-MG, Brasil.

E-mail: ernandesgdias@yahoo.com.br

Submetido: 03.06.2020

Aceito: 22.07.2020

a user with hypertension. **Conclusion:** There is an indication of integrality when they accompany the elderly at all opportunities to guide them, as it can represent an action focused on the health condition, where the valorization of “disease” overlaps the valuation of the subject.

Keywords: Aged; Hypertension; Nursing Care; Basic Attention; Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um grande feito da humanidade no século XX¹. Varia de um indivíduo para outro e tem relação com o estilo de vida, as condições socioeconômicas e as condições crônicas de saúde. No plano biológico está relacionado ao desenvolvimento orgânico e no psíquico às dimensões cognitivas e psicoafetivas².

O quantitativo de pessoas distribuídas em todo o mundo com idade igual ou maior que 60 anos vai mais que dobrar até 2050, estima-se saltar de 900 milhões para aproximadamente dois bilhões. Frente a isso, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) recomenda que os idosos de agora e os do futuro envelheçam de forma ativa e saudável³.

Com a transição demográfica e epidemiológica evidenciada no Brasil, nos últimos anos, o envelhecimento populacional representa um desafio para a sociedade e, em especial, para o poder público instituir políticas de saúde⁴.

Em virtude disto os trabalhadores da saúde, os sistemas de saúde e seus orçamentos sofrerão consequências profundas. Nesse sentido, o Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde recomenda que se faça, também, profundas mudanças na formulação de políticas de saúde para atender esta população⁵.

Isto porque, na medida em que a população envelhece cresce o desafio de o poder público instituir cuidados moldados às necessidades de atenção à sua saúde⁶. Observa-se que os sistemas de saúde atuais falham por não acompanhar as tendências epidemiológicas e demográficas, que apontam para redução de problemas de saúde agudos e aumento das condições crônicas, e permanecerem insistindo em tratar condições crônicas usando o modelo de tratamento agudo⁷.

Dessa forma, um desafio posto é garantir à população idosa desfrutar dos bens e serviços sociais, assim como de um serviço público de saúde preparado para atender as demandas para ampliar sua qualidade de vida, visto que envelhecer está, algumas vezes, associado ao surgimento de condições crônicas não transmissíveis como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), levando os idosos a frequentarem os serviços de saúde com maior frequência⁸. Apesar disso, vale ressaltar que atualmente envelhecer não é sinônimo de adoecimento e dependência, mas sim uma fase de maior vulnerabilidade onde o idoso requer maior atenção⁶.

Nesse cenário, a HAS se configura como uma condição crônica que se caracteriza por níveis aumentados da pressão contra as paredes das artérias e representa risco para episódios de enfarte, insuficiência renal e cardíaca e ocorrência de acidente vascular cerebral⁹. Por isso, é importante que as equipes de Atenção Básica (AB) realizem diagnóstico precoce e acompanhamento efetivo dos portadores de HAS para reduzir complicações¹⁰.

O aumento e manutenção da Pressão Arterial (PA) tem associação com o aumento da idade, presença de diabetes mellitus, obesidade e dislipidemias¹¹. Os principais determinantes sociais para desenvolvimento da HAS estão relacionados ao estilo de vida¹², diferenças no acesso aos serviços de saúde e a condições de baixa renda e escolaridade¹³.

Nesse sentido, considerando que uma grande parte dos atendimentos destinados aos idosos portadores de HAS ocorre na AB, julga-se importante conhecer os motivos pelos quais esses usuários buscam atendimento nas Unidades de Saúde da Família (USF), visto que identificar a percepção e a conduta do profissional sobre esta procura pode auxiliar na reflexão de práticas de cuidados adequadas às necessidades de saúde dos idosos portadores de HAS.

Assim, o estudo objetiva analisar a percepção do enfermeiro acerca das circunstâncias de procura dos idosos portadores de HAS pela AB.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo caracteriza-se como descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. Teve

como cenário a rede de serviços da AB da cidade de Monte Azul, norte de Minas Gerais.

Foram considerados para a definição dos sujeitos da pesquisa, os profissionais enfermeiros que não estivessem afastados do serviço no momento da coleta de dados e que possuíssem no mínimo seis meses de experiência na AB no município de Monte Azul-MG, assim foram elegíveis a participar do estudo os 11 enfermeiros que compõem toda a AB do município.

Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada para captação do empírico, utilizando-se um roteiro com questões. O roteiro de entrevista teve como questões disparadoras: por qual motivo, normalmente, o idoso portador de HAS procura a Unidade de Saúde? Como se processa o cuidado de enfermagem para atendimento do idoso portador de HAS ao procurar a Unidade de Saúde?

A coleta de dados foi realizada pelo primeiro pesquisador, no período entre novembro de 2016 a janeiro de 2017, no local de trabalho do enfermeiro, período diurno, em dia e horário previamente agendado com o profissional e registrada por meio de gravação em áudio usando-se um gravador portátil.

A análise e interpretação dos dados foi realizada à luz do suporte teórico da integralidade do cuidado em saúde. Os dados resultantes das entrevistas foram analisados mediante Análise do Conteúdo¹⁴.

Num primeiro momento as entrevistas foram transcritas na íntegra com o objetivo de honrar o pensamento e as opiniões dos entrevistados. Depois de realizadas as transcrições, realizou-se releitura do material na busca dos códigos iniciais. Subsequente, os códigos foram revisados e definiu-se os temas para análise, a partir da articulação e rearticulação dos núcleos de sentido.

Todos os procedimentos metodológicos obedeceram à Resolução 466/2012, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Universidade Estadual de Montes Claros, Parecer nº 1.792.183, e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido consentindo o uso dos dados obtidos.

O anonimato dos participantes foi garantido substituindo sua identidade pela letra E acompanhada de um número cardinal que indica a ordem de transcrição da entrevista, por exemplo, E1, E2... E11.

RESULTADOS

O estudo foi realizado com 11 enfermeiros, 10 profissionais do sexo feminino e um masculino, que trabalham nas USF que compõem a rede de AB no município de Monte Azul prestando atendimento na área urbana e rural.

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

A procura dos idosos portadores de HAS pela Unidade de Saúde e a conduta do profissional

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

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

[...] o primeiro acolhimento é na salinha de procedimentos aonde é feito a aferição de PA e conseqüentemente é encaminhado ou pra sala do médico ou pra minha sala, [...] se o primeiro acolhimento for feito pelo técnico encaminha pra mim e depois vai para o médico [...] E1

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

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

Normalmente ele é acolhido na salinha de procedimento, onde que é aferido a pressão e dependendo de como que ela está, ... porque talvez ele está com uma tontura, mas a pressão está normal, então é feito as orientações e encaminhado pra uma consulta médica [...] nós vamos conversar com ele, vamos questionar o que está acontecendo, as situações que vem apresentando, [...] aí ele vai nos dizendo o que tá acontecendo, quais são as suas queixas [...]. E nós vamos investigar a situação, se já faz uso de medicamento, [...] nós vamos avaliar, aferir a pressão, colher os dados vitais e verificar se está em dia com a consulta médica [...]. E11

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

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

Mais pra renovação de receita, [...] ele está sempre vindo renovar a receita né. Renova de seis em seis meses, mas eles vêm mais vezes, antes de completar seis meses estão aqui pra consultar, saber como tá a saúde, eles também, toda semana vem aferir a pressão [...] E9

Apesar de realizar atendimento programado, para os enfermeiros, o idoso chega a USF, muitas vezes, por demanda espontânea, em situação que caracteriza atendimentos de urgência ou emergência, porém, nem sempre de maior gravidade.

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

Às vezes a livre demanda é uma intercorrência que pode apresentar gravidade e haver a necessidade de serem encaminhados a outros serviços, como por exemplo, ao hospital.

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

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

Quando a busca pela USF não tem relação direta com a alteração da PA, e mesmo nestas circunstâncias, o idoso portador de HAS é também avaliado considerando o fato de ser um usuário portador desta condição de saúde.

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

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

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

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

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

Inicialmente era mais por livre demanda, tinha as vagas para agendamento, mas, assim, como ainda não estava sendo, de forma criteriosa, a classificação de risco, então eles iam mais por livre demanda, mas hoje estamos agendando por conta da classificação de risco. E1

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

[...] na minha área é difícil de fazer uma programação agendada, é mais por demanda espontânea [...] quando sente alguma coisa eles vão (na USF), entendeu? É muito difícil demanda agendada, tenho dificuldade nisso. E2

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

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

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

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

[...] apesar de usar a medicação, a gente ainda encontra alguns valores, que mostram descontrole da pressão, dislipidemias [...] E1

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

são avaliadas e encaminhadas ao hospital, com transporte efetivado pela Secretaria Municipal de Saúde e em algumas situações pelo Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência (SAMU), sempre com acompanhamento do enfermeiro ou técnico de enfermagem da Equipe e preferencialmente por um parente do usuário.

[...] a gente avaliar e vamos decidir, se for um caso de um pico hipertensivo que a situação esteja tranquila, que tem condição de ser encaminhado de carro [...] a gente entra em contato com a secretaria de saúde e solicita o carro com motorista [...] outra situação que já aconteceu também foi, por exemplo, de um idoso estava com mal-estar, apresentava sudorese, tontura, algo assim, a gente contou com o apoio do SAMU [...] E11

[...] eu vou acompanhar ou vai o técnico de enfermagem acompanhar até o hospital [...]. Na hora que a gente já chega com algum hipertenso, tá com a pressão muito elevada nós já somos atendidos imediatamente também. E9

As USF não contam com farmácia básica devido à política de centralização do Governo de Minas Gerais, assim, os enfermeiros optam por manter na USF estoque mínimo de medicamentos anti-hipertensivos para atendimento inicial às intercorrências. Observou-se também, nos relatos, a inexistência de suporte básico que possa ser destinado aos usuários na USF, dentre eles os idosos portadores de HAS.

[...] particularmente gosto de passar na farmácia e peço pro pessoal uma cartela de Captopril, alguma coisa assim, Nimesulida, alguns medicamentos pra armazenar aqui na unidade, hoje a gente não conta com a farmácia básica aqui na unidade [...] E11

[...] Pra urgência e emergência acho que deixa um pouco a desejar porque a gente não tem medicações intravenosas, por exemplo, [...] um ambu aqui não tem, [...] medicação sublingual a gente procura ter, porque é um atendimento que resolve aqui na atenção enquanto você tá encaminhando pro hospital. [...] E4.

DISCUSSÃO

São várias as demandas que chegam na AB, na maior parte das vezes estas, após acolhidas podem ser resolvidas nesse nível de atenção, com a utilização das tecnologias leves, leve-duras e duras, disponíveis para o atendimento no serviço¹⁵.

Um estudo com o propósito de elaborar um protocolo para atendimento na AB concluiu que o acolhimento é uma forma de organizar e estruturar o trabalho na USF e de garantir ao usuário acesso humanizado e equânime, para isso, o acolhimento pressupõe ser realizado por meio de escuta qualificada e humanizada para dar resposta adequada à demanda do usuário¹⁶.

Contudo, tem se observado que a população rural utiliza serviços de saúde com ações que priorizam a demanda espontânea na USF, onde não há planejamento para desenvolver ações programadas para atender as demandas dos usuários¹⁷.

Dessa forma, as equipes de saúde da AB têm como importante desafio desenvolver um processo de trabalho que tenha como base o planejamento de ações. A implantação da ESF no Brasil trouxe nova perspectiva para reorganizar o acesso aos serviços de saúde, assim como para direcionar as demandas da população, pois tem em seus eixos a promoção da saúde e prevenção de agravos a partir do acompanhamento longitudinal¹⁸.

No entanto, atender as demandas espontâneas pode melhorar a qualidade do cuidado prestado pelo acesso ao serviço prontamente ao surgir à necessidade. Por este motivo, estratégias devem ser implementadas para solucionar a dificuldade do usuário em acessar o serviço, especialmente na zona rural, e efetivar as ações da AB com integralidade¹⁹.

De maneira geral os serviços de atenção à saúde devem preconizar atender qualquer tipo de demanda, porém, percentuais elevados de atendimentos a um tipo de demanda podem indicar negligência de outros. O privilégio em excesso de consultas agendadas, por exemplo, infere falta de oportunidade para atender demandas espontâneas. Por isso, recomenda-se que os serviços se organizem para ofertar atendimento à demanda espontânea e programada, considerando-se o perfil epidemiológico do território, as necessidades de saúde dos usuários e à dinâmica de trabalho da equipe. Nesse sentido, como parâmetro para avaliação do serviço sugere-se que o atendimento à demanda espontânea e consultas agendadas seja equivalente a 40 e 60%, respectivamente, dos atendimentos de médicos e enfermeiros na AB²⁰.

Visto pela perspectiva da Constituição Federal, onde no artigo 196 garante que o acesso às ações e serviços de saúde deve ser universal e

igualitário para todos os brasileiros²¹ e do documento “Acolhimento à Demanda Espontânea”, do Ministério da Saúde do Brasil, o atendimento, tanto a demanda espontânea como a programada, são importantes, pois o usuário também define, de diversas formas e variados graus, qual a sua necessidade de saúde, que pode ser apresentada ao serviço como uma demanda espontânea ou programada e que deve ser acolhida, refletida e legitimada¹⁵.

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

A comunicação é ferramenta de trabalho da enfermagem e deve ser efetiva para que haja boas relações interpessoais entre os colegas de trabalho e os usuários do serviço. Assim, a efetividade da comunicação é importante para que ela se estabeleça sem imposições, ruídos ou barreiras entre os profissionais e evite conflitos e contradições nas orientações compartilhadas com os usuários²².

Numa outra perspectiva, a mídia consegue moldar a opinião dos telespectadores sobre determinados assuntos a partir da forma como veicula matérias. Esta influência é concreta e molda a opinião de pessoas de todas as classes e níveis socioeconômicos²³.

Contudo, para que as notícias causem impacto sobre a população é necessário que haja identificação do público com a situação e que a notícia se relacione com sua realidade²⁴. Dessa forma, características da personalidade do sujeito e forma de divulgação, por exemplo, podem influenciar sobre a procura da população pelos serviços de saúde.

Diversos estudos realizados em contextos e cenários particulares apontam, também, para a influência da família e amigos na adoção de cuidados com a saúde e comportamentos de risco em diferentes fases da vida²⁵⁻²⁸.

Nesse sentido, para que os cuidados direcionados aos idosos portadores de HAS sejam efetivos e eficazes é importante que a atenção à saúde funcione em redes assistenciais, para facilitar o diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento continuado do usuário²⁹.

As redes de atenção à saúde são organizadas para contribuir para a atenção continuada das necessidades de serviços de saúde integral e de qualidade para a população assistida. A AB é essencial na constituição da rede de atenção em saúde, é um espaço importante para a discussão dos problemas de saúde que necessitam de cuidado maior devido a sua complexidade assistencial que envolvem outros aspectos e determinantes que não apenas os biológicos. Os casos de usuários portadores de condições crônicas de saúde são exemplos clássicos onde a rede de serviços é fundamental, pois estes casos não podem ser resolvidos em sistemas de saúde fragmentados, são necessárias ações de cuidado integral, acompanhamento longitudinal e continuidade no atendimento³⁰.

Tratando-se de idosos portadores de condições crônicas de saúde é importante sempre incluir a família na rede de atenção à saúde dos idosos, como apoio, e os profissionais de saúde para desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de agravos²⁹.

Pensando a AB como porta preferencial de entrada do usuário no serviço de saúde³¹ o Ministério da Saúde recomenda a manutenção de recursos para atendimentos de urgência e emergência nas unidades pré-hospitalares, Unidades de Saúde, ambulatórios especializados, entre outros, a fim de que permitam o atendimento integral dos usuários. Conforme a Política Nacional de Atenção às Urgências, todos os municípios brasileiros têm como atribuição e prerrogativa realizar acolhimento/atendimento das urgências de baixa gravidade/complexidade nas USF³².

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

A AB surgiu de um contexto internacional adverso, com baixo crescimento econômico e maior presença de governos conservadores. A característica marcante da AB seletiva é realizar intervenções de baixo custo para combater um grupo de doenças prevalentes, comuns em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil³³.

Na implementação do SUS há uma constante tensão entre construir um serviço de saúde que seja universal em todos os níveis e um sistema direcionado a atender os mais

pobres com programas seletivos³⁴. Assim, reforça-se a ideia de um SUS pobre, pensado para atender as necessidades básicas do pobre com comprometimento da integralidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os idosos portadores de HAS procuram a USF para mensuração rotineira da PA, devido à solicitação do médico, renovação da receita de medicamentos, dentre outros motivos, porém quase sempre as circunstâncias são de livre demanda, especialmente na zona rural, contudo o serviço é organizado para atender tanto a demanda espontânea, prontamente se intercorrência, como a programada, para continuidade do cuidado.

Chama atenção também o fato de os enfermeiros terem preocupação de acompanhar o idoso portador de HAS quanto a essa condição de saúde mesmo que a demanda que o levou até a USF não tenha relação com a HAS. Isso pode ter algum indício de integralidade se pensada na perspectiva de se aproveitar todas as oportunidades para orientar o usuário, como pode indicar uma atuação com foco sobre a condição de saúde, onde a valorização da “doença” sobrepõe a valorização do sujeito.

REFERÊNCIAS

1. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(6):1929-36.
2. Fachine BRA, Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *IntSci J*. 2012;1(20):106-94.
3. OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde (OMS). OPAS/OMS discute como envelhecer de maneira saudável e ativa. 2016.
4. Lobato MSA. Saúde do idoso: reflexões sobre o atendimento e o nível de satisfação dos idosos inseridos no Programa Hiperdia. VI Jornada Int Políticas Públicas. São Luís: 2013.
5. OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. 2015.
6. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Avaliação multidimensional do idoso. Curitiba: SESA, 2017.

7. Goulart FAA. Doenças Crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para e para os Sistemas de Saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2011.
8. Moreira, RM, Santos CES, Couto ES, Teixeira JRB, Souza RMMM. Qualidade de vida, Saúde e Política Pública de Idosos no Brasil: uma reflexão teórica. *Rev Kairós Gerontol.* 2013;16(2):27-38.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Saúde. Um em cada quatro brasileiros adultos dizem ter diagnóstico médico de hipertensão. Ministério da Saúde, 2018.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
11. Radovanovic CAT, Santos LA, Carvalho MDB, Marcon SS. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2014;22(4):547-53.
12. Souza RA. Hipertensão arterial e seus determinantes sociais de saúde. Rede Unida, Encontro Regional Centro-Oeste, 2014.
13. Lamarca G, Vettore M. Hipertensão arterial: o que influencia a utilização de consultas médicas em ambiente urbano e rural? 2013.
14. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, etapas e confiabilidade. *Ciênc. saúde coletiva*, 2013;17(3): 621-626.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.
16. Leite MPS. Proposta de um Protocolo de Acolhimento para Unidade de Atenção Primária à Saúde de Virgolândia, Minas Gerais. Monografia (Conclusão de Curso) - Universidade Federal de Minas Gerais. Virgolândia: 2009.
17. Pitilin EB, Lentsck MH. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. *Rev Esc Enferm USP*; 2015;49(5):726-32.
18. Velloso VB, Santos GF. Organização da demanda espontânea e programada e acolhimento na Estratégia de Saúde da Família: um relato de experiência. Monografia (Conclusão de Curso) –Universidade Federal de Minas Gerais. Conselheiro Lafaiete: 2012.
19. Souza TH, Zeferino MT, Fermo VC. Recepção: ponto estratégico para o acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(3):e4440015.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Terceiro ciclo: (2015-2017). Brasília: Ministério da Saúde. 2017a.
21. Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas constitucionais nº 1/1992 a 96/2017, pelo Decreto legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas constitucionais de revisão nº 1 a 6/1994. – 52. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, 2017b.
22. Broca PV, Ferreira MA. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. *Esc Anna Nery.* 2015;19(3):467-74.
23. Moraes JCO, Carneiro CR, Da Cruz HRFV, Costa IP, Almeida MR. A mídia e sua relação com a formação de opiniões sobre o Sistema Único de Saúde. *R Bras Ciênc Saúde.* 2017;21(2):103-10.
24. Akira F, Marques AC. O papel da mídia nos serviços de saúde. *Rev Assoc Med Bras,* 2009;55(3):246.
25. Silva PVC, Costa Júnior AL. Efeitos da atividade física para a saúde de crianças e adolescentes. *Psicol Argum.* 2011;29(64):41-50.
26. Silva JG, Teixeira MLO, Ferreira MAF. Alimentação na Adolescência e as Relações com a Saúde do Adolescente. *Texto Contexto Enferm.* 2014;23(4):1095-103.
27. Tomé G, Camacho I, Matos MG, Simões C. Influência da família e amigos no bem-estar e comportamentos de risco: modelo explicativo. *Psic Saúde Doenças.* 2015;16(1):23-34.
28. Dias EG, Souza ELS, Mishima SM. Contribuições da enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa da literatura brasileira. *Rev Epidemiol Control Infec.* 2016;6(3):138-44.
29. Barreto MS, Carreira L, Marcon SS. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Rev. KairósGerontol.* 2015;18(1):325-39.

30. Costa VACV, Ramires JCL. A Importância das Redes de Saúde para o Desenvolvimento da Atenção Primária em Pirapora. *Hygeia Rev Bras Geog Med Saúde*. 2014;10(18):234-49.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017c.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
33. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 2012.
34. Giovanella L. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(Supl. 1):S7-27.