

# Promoção a saúde do homem com análise das experiências dos idosos com hipertensão arterial sistêmica

Promotion of men's health with analysis of the experiences of elderly with systemic arterial hypertension

Promoción de la salud de los hombres con análisis de las experiencias de ancianos con hipertensión arterial sistêmica

## RESUMO

Objetivo: Analisar as experiências dos homens idosos com o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica e suas condições de adoecimento. Método: Foi realizado um estudo descritivo, baseado em metodologia qualitativa, na cidade de Campos Sales-CE, na atenção básica em saúde. Utilizou-se a técnica de uma entrevista semiestruturada, com 21 homens idosos participantes. Resultado: O estudo foi apresentado em uma categorização temática, com elaboração de gráficos, com análise e interpretação dos dados. Foi evidenciado a necessidade de implementar metodologias voltadas à promoção em saúde, assim como inovação dos cuidados prestados da equipe de saúde para subsidiar o matriciamento conforme as singularidades dos usuários do serviço. Conclusão: A atenção básica em saúde representa um cenário oportuno e de grande importância para identificação precoce das necessidades dos homens, pois é a porta de entrada do sistema de saúde responsável pelo acompanhamento próximo e longitudinal.

**DESCRIPTORES:** Atenção Básica; Saúde do Homem; Idoso; Hipertensão; Promoção de Saúde.

## ABSTRACT

To analyze the experiences of elderly people with the treatment of Systemic Arterial Hypertension and their disease conditions. Method: A descriptive study, with qualitative methodology, was carried out in the municipality of Campos Sales-CE, in primary health care. The semi-structured interview technique was used, with 21 elderly participants. Result: The study was presented in a thematic categorization, with the elaboration of graphs, with analysis and interpretation of the data. The need to implement methodologies aimed at health promotion was evident, as well as innovation in the care provided by the health team to subsidize matrix support according to the singularities of service users. Conclusion: Primary Health Care represents an opportune scenario of great importance for the early identification of men's needs, as it is the gateway to the health system responsible for close and longitudinal monitoring.

**DESCRIPTORS:** Primary Care; Men's Health; Elderly. Hypertension; Health Promotion.

## RESUMEN

Objetivo: Analizar las experiencias de ancianos con el tratamiento de la Hipertensión Arterial Sistémica y sus condiciones de enfermedad. Método: Se realizó un estudio descriptivo, basado en metodología cualitativa, en la ciudad de Campos Sales-CE, en la atención primaria de salud. Se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada, con 21 ancianos participantes. Resultado: El estudio fue presentado en una categorización temática, con elaboración de gráficos, con análisis e interpretación de los datos. Se evidenció la necesidad de implementar metodologías dirigidas a la promoción de la salud, así como la innovación en la atención brindada por el equipo de salud para subsidiar el apoyo matricial de acuerdo a las singularidades de los usuarios del servicio. Conclusión: La Atención Primaria de Salud representa un escenario oportuno de gran importancia para la identificación temprana de las necesidades de los hombres, ya que es la puerta de entrada al sistema de salud encargado del seguimiento estrecho y longitudinal.

**DESCRIPTORES:** Atención Primaria; Salud de los hombres; Anciano; Hipertensión Promoción de la Salud.

RECEBIDO EM: 20/01/2023 APROVADO EM: 07/03/2023

### Albertina Alves de Souza

Enfermeira. Mestre do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil

### Maria Rocineide Ferreira da Silva

Doutora em Saúde Coletiva. Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza (CE), Brasil  
ORCID: 0000-0002-6086-6901

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, nota-se o desenvolvimento de um importante processo de reorientação dos modelos assistenciais em saúde e das práticas de cuidado, exigindo dos profissionais e gestores novos modos de pensar, sentir e agir. Cada vez mais, constata-se que o SUS não se refere a uma proposta concluída e definitiva. Trata-se de um projeto político ainda em construção que sofre influência pelo contexto sócio histórico e dos sujeitos que o constituem<sup>1</sup>.

Nesse ínterim tem se desenhado diversas políticas que promovam assistência a toda a população, haja vista a necessidade de garantir os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no que tange a universalidade e equidade. Entre essas, está a política nacional de atenção integral à Saúde do Homem (PNAISH), lançada em 2009 que tem como objetivo reduzir a morbimortalidade masculina e empreender ações que insiram o homem no cotidiano dos serviços de saúde, sobretudo na atenção básica em saúde (ABS), diminuindo custos e aumentando a efetividade das ações, além de qualificar os profissionais para o atendimento ao público masculino, promovendo ações que acompanhem a singularidade desse público<sup>2</sup>.

A fragilidade nas relações entre Estratégia de Saúde da Família e o público masculino, que produzem uma espécie de invisibilidade dos homens no serviço, em alguns momentos, pode ser um sinalizador da inadequação entre as necessidades/ expectativas de saúde dos homens e a estrutura e funcionamento dos serviços de saúde, particularmente dos serviços de ABS<sup>3</sup>.

Estudos mostram que a procura da população masculina pelos serviços públicos de saúde ainda é majoritariamente motivada pela doença e pelas urgências, levando a um agravamento do problema de saúde desencadeando a necessidade de adentrar o sistema de saúde frequentemente pela atenção especializada e as instituições de cuidados estritamente curativos, aumentando os custos para o SUS e o ônus para a pessoa e a família<sup>4</sup>.

Confirmando o exposto, os homens em geral não são educados, orientados e sensibilizados para cuidarem de si, nem para cuidarem dos outros, sendo o cuidado comumente associado ao âmbito feminino. Eles costumam acessar os serviços de saúde pela atenção secundária ou terciária e quando já estão em estado avançado de adoecimento<sup>5</sup>.

No entanto, novas estratégias podem ser propostas para a mudança desse cenário, levando em consideração que os idosos são dotados de experiências, conhecê-las e analisá-las podem ser fatores relevantes para possíveis propostas a serem adotadas na ABS e conseqüentemente alcançar resultados positivos aos agravos da saúde pública, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS).

O controle da HAS é fundamental, e para isso acredito ser necessário que os usuários sejam instruídos informados e participem das tomadas de decisão e planejamento do cuidado junto ao profissional de saúde, assumam seu cuidado relacionado à doença com autoresponsabilidade, e compreendam as complicações que podem ser ocasionadas com a não adesão ao tratamento. A promoção em saúde e uma relação dialógica entre profissionais-usuários podem tornar-se imprescindíveis para a efetivação do tratamento.

É preciso reconstruir os modos de pensar, sentir e agir das equipes de saúde e da gestão, buscando a construção de propostas assistenciais mais participativas e horizontalizadas. Entender esse processo é um avanço para promoção de práticas de cuidado em saúde e para implantação de estratégias de educação em saúde, visando estimular mudanças nos comportamentos de risco dos homens hipertensos. Tal desafio e sua complexidade revelam a necessidade de trilharmos caminhos ainda pouco familiares às equipes de saúde, passando pelas veredas da intersectorialidade, do trabalho em rede e da participação popular.

O artigo objetiva analisar as experiências dos homens idosos com o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica e suas condições de adoecimento. A pergunta que norteou esse estudo foi: Conhecer

as experiências dos homens idosos com HAS/ DCV, os fatores que facilitam/dificultam a adesão ao tratamento, seus sentidos e percepções sobre suas condições de adoecimento, pode contribuir para o desenvolvimento de políticas assistenciais que promovam uma maior adesão dos homens ao tratamento da HAS?

## MÉTODO

O estudo foi realizado após envio e aprovação do projeto submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (número- 4.692.251), respeitando os aspectos éticos previstos na legislação vigente acerca de pesquisa com seres humanos.

Foi realizado um estudo descritivo, baseado em metodologia com enfoque na pesquisa qualitativa.

Como técnica de coleta foi utilizada uma entrevista semiestruturada, com gravador, mediante a permissão do participante, com perguntas abertas e fechadas previamente estabelecidas e aplicada individualmente.

A entrevista é tomada no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico, é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo. É acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador. Ela tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa<sup>8</sup>.

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Campos Sales, situada no interior do estado do Ceará, com população estimada [2020] 27.470 habitantes, com uma densidade demográfica de 24,48 hab/ Km<sup>2</sup>, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010<sup>7</sup>. A escolha por esta cidade se fez devido a mesma não possuir estudo sobre a temática.

A escolha da UBS Centro Dr. Francisco Vitorino de Luna para o estudo se fez devido esta possuir dentre as 11 UBS da cidade de Campos Sales, o maior número de idosos hipertensos, com o total de 397,

segundo dados obtidos através do e-SUS com a secretaria de saúde do município.

Os participantes da pesquisa foram 21 homens idosos com HAS/ DCV, cadastrados e atendidos na UBS Centro Dr. Francisco Vitorino de Luna, orientados no tempo e espaço e em condições clínicas para participar do estudo.

A coleta foi realizada durante os meses de junho a agosto de 2022<sup>1</sup>. Após a realização da pesquisa as falas foram transcritas como parte integrante da construção metodológica.

Foi realizada visita a UBS mediante agendamento para consulta de hipertensos para aplicação de uma entrevista aos idosos do sexo masculino, idosos acometidos por HAS, como a demanda à UBS estava pequena devido ao atual cenário de pandemia de COVID-19, para obtenção de maior número de coleta de dados, foi realizada visita domiciliar aos idosos pertencentes à área de abrangência.

Foi feita exposição apontando o resultado do estudo, com conteúdo dos dados apresentados em uma categorização temática, com gráficos, análise e interpretação.

A expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é a Análise de Conteúdo, segundo Bardin. No entanto, a expressão significa mais do que um procedimento técnico. Faz parte histórica de uma busca teórica e prática no campo das investigações sociais. Diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos. A análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material<sup>8</sup>.

Para as citações foi empregado a letra “P”, inicial do nome “participante” juntamente com a numeração corresponde a ordem da participação na pesquisa.

## RESULTADOS

Foram realizadas vinte e uma entre-

vistas abertas com homens idosos hipertensos, pertencentes a UBS Centro Dr. Francisco Vitorino de Luna, da cidade de Campos Sales- CE. A amostragem da população foi feita por saturação, sendo concluída a fase da coleta ao passo que as respostas se tornaram repetitivas

Após encerramento das entrevistas, foi realizado separação dos conteúdos conforme a temática abordada, para direcionar a organização da discussão.

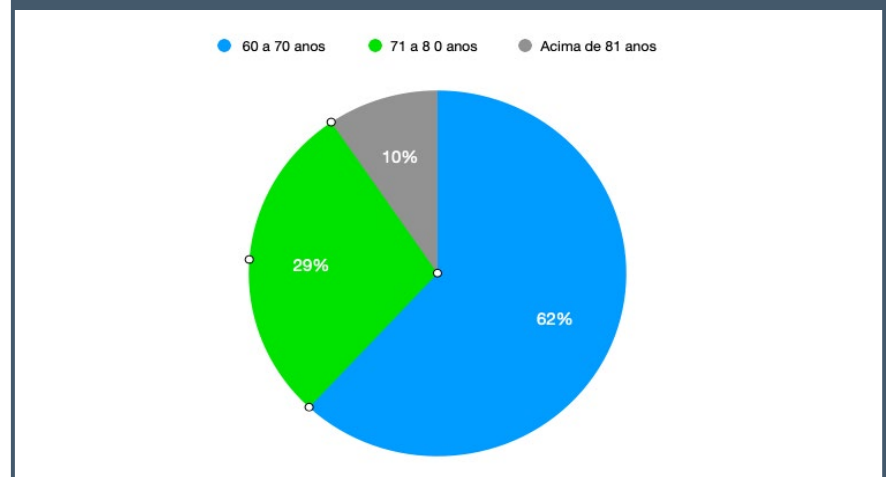
Para tanto, empregou-se a leitura linha

a linha, busca por ocorrência simultânea dos fatos, convergências, complementariedades.

As figuras abaixo apresentam os dados coletados para posterior discussão.

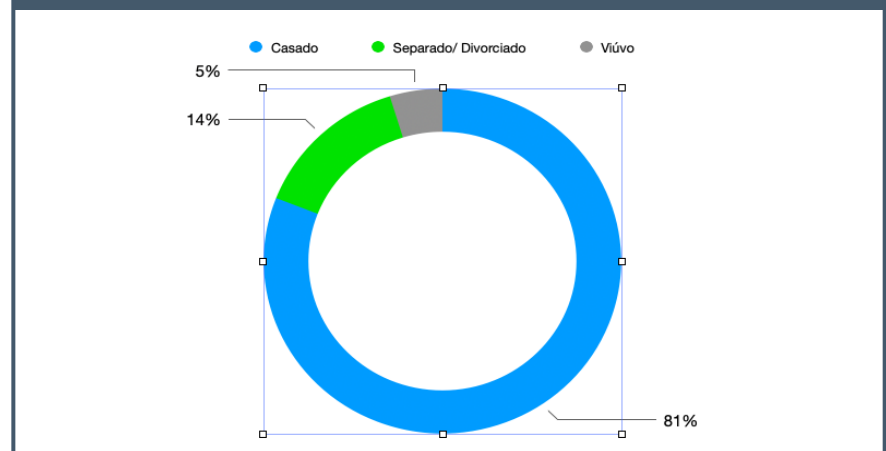
Os participantes se encontravam com a seguinte faixa etária: 13 (62%) com sessenta a setenta anos, 6 (29%) com setenta e um a oitenta anos, e 2 (10%) com mais de oitenta anos. Ao fazer referência quanto à faixa etária, os dados mostram que os homens idosos de 60 a 70 anos, representam

Figura 01. Distribuição dos idosos hipertensos entrevistados conforme a faixa etária, 2021.



Fonte: Campos Sales-CE, 2021.

Figura 02. Distribuição dos idosos hipertensos entrevistados conforme estado civil, 2021.



Fonte: Campos Sales-CE, 2021.

62% da população participante do estudo, isso mostra que podem ser os mais ativos e que procuram o serviço da ABS. Tal constatação sugere a necessidade de uma atenção mais centrada para esse público em questão, objetivando um atendimento com equidade.

Com relação a quantidade de filhos, 16 (76 %) possui de 1 a 5 filhos, 3 (14%) possuem 5 a 10 filhos e 1 (5%) possui mais de 10 filhos, somente 1 (5%) não possui filho.

Considerando o grau de escolaridade, havia 3 (14%) sem nenhuma escolaridade, 13 (62%) com ensino fundamental incompleto, 1 (5%) com ensino fundamental completo, 2 (10%) com ensino médio completo e 2 (10%) com ensino superior.

Quanto à renda mensal, 15 recebem um salário mínimo, 5 informaram receber de um a dois salários mínimos, e 1 recebe de dois a três salários mínimos.

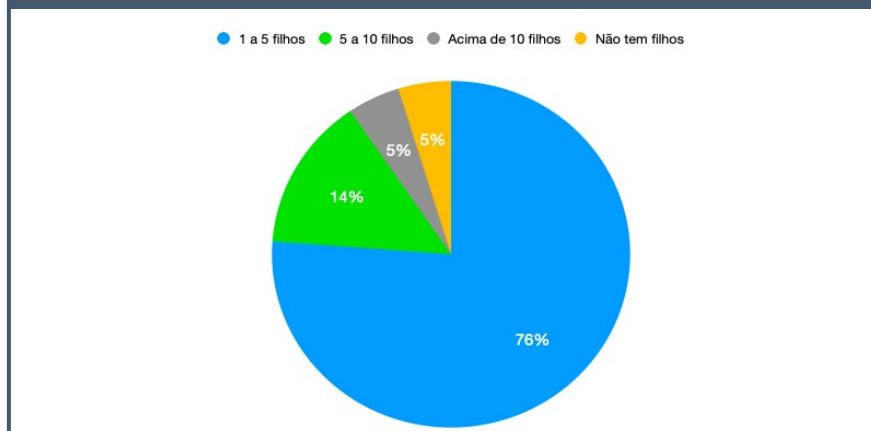
## DISCUSSÃO

### Caracterização da população do estudo

Esses dados mostram que a maioria dos participantes permanece casado. Na análise dos fatores associados à maior fragilidade entre os idosos, destaca-se que não ter cônjuge ou companheiro representa um fator de risco. Os homens idosos casados parecem ter um envelhecimento bem sucedido <sup>7</sup>.

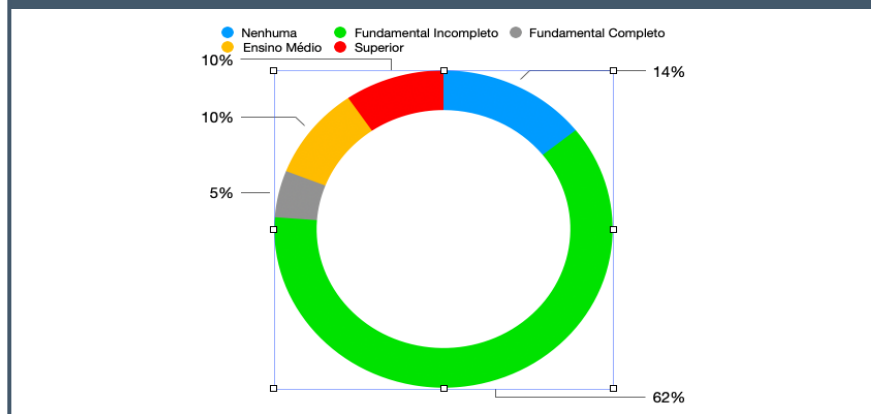
Em relação às crenças normativas, os referentes sociais positivos, filhos (as) e esposa (o), a família, de modo geral, são considerados como agentes motivacionais para tomada do anti-hipertensivo. Compreende-se que ter uma rede de apoio social que envolva a importância do tratamento é substancial no cuidado e acompanhamento do indivíduo com hipertensão, uma vez que o apoio social e o valor atribuído à família ajudam a pessoa com hipertensão a seguir o tratamento prescrito, e devem ser considerados, no momento de elaborar estratégias de ação, para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Estar por perto da família pode ser visto como condicionante de resultados positivos em relação à adesão aos anti-hipertensivos, uma vez que a família exerce papel

Figura 03. Distribuição dos idosos hipertensos em relação a quantidade de filhos, 2021.



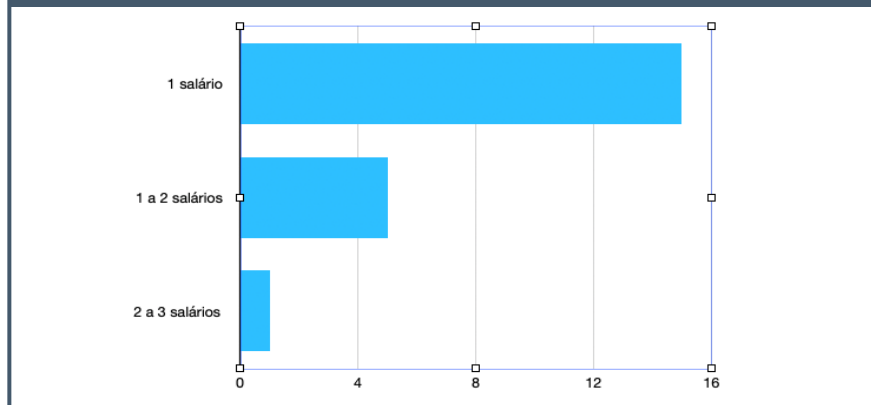
Fonte: Campos Sales-CE, 2021.

Figura 04. Distribuição dos idosos hipertensos entrevistados conforme escolaridade, 2021.



Fonte: Campos Sales-CE, 2021.

Figura 05. Distribuição dos idosos hipertensos entrevistados conforme a renda mensal, 2021.



Fonte: Campos Sales-CE, 2021.

motivador no seguimento da terapêutica<sup>8</sup>.

Ao fazer a comparação entre a percepção de gravidade da doença e os graus de escolaridade, observou-se que os pacientes com maior nível de escolaridade, eram também os mais esclarecidos, pois percebiam a doença como grave e incurável.

Quanto à predominância da baixa escolaridade a estes pacientes, é relevante que a abordagem seja feita em linguagem simples e compatível com o grau de entendimento. Cabe ressaltar que a família tenha uma maior participação no tratamento e possa expressar o seu saber, partindo do princípio de que a escolaridade maior favorece a compreensão sobre a doença e o cuidado, até mesmo porque a instrução pode ser vista como um contribuinte relevante na busca de conquistar o hipertenso a adesão ao tratamento.

Existe clara associação entre a baixa escolaridade e uma maior prevalência de doenças crônicas, revelando o papel das desigualdades sociais no adoecimento. Nesse sentido, há de se salientar que, em proporção inversa, maior escolaridade pode potencialmente ser o fio condutor de prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), visto que pode possibilitar maior esclarecimento acerca de práticas de promoção à saúde, prevenção de agravos, além de maior acesso a serviços<sup>9</sup>.

Confirmando o exposto, a baixa escolaridade apresentada pelos idosos com risco de fragilidade e frágeis impacta negativamente na busca pela assistência e nas práticas de autocuidado. Somados a isso, os poucos anos de estudos ou a falta de letramento sugerem uma situação socioeconômica desfavorável, tendo como consequência desigualdades sociais. Idosos que possuem baixa escolaridade procuram com menos frequência os serviços de saúde, por apresentarem pouco ou nenhum conhecimento acerca da necessidade de acesso aos serviços. Além disso, também está fortemente relacionado à incapacidade funcional, comprometimento cognitivo e risco de fragilidade em idosos. Isso fomenta a reflexão sobre os processos assistenciais e de gerência, na busca por um atendimento de qualidade e específico

para as demandas individuais na ABS<sup>10</sup>.

Relacionado a renda mensal, esse fato confirma que a população do estudo faz parte de uma classe social desprovida de recursos financeiros significativos, e dependentes do SUS. A pobreza é uma das características marcantes da população idosa brasileira, que tem como principal fonte de renda aposentadoria e pensões.

Dos participantes entrevistados, a maioria relataram viver de um salário mínimo para atender a todas as necessidades da casa. Poucas pessoas estavam fora dessa realidade. A baixa renda das famílias vivendo com a HAS é um número expressivo e que pode comprometer o tratamento da mesma, inclusive porque o tratamento relaciona-se a questões alimentares que muitas vezes não são consideradas nesse orçamento familiar.

Entre as variáveis socioeconômicas mais encontradas destacam-se a escolaridade e a renda. Quanto menor a escolaridade e a renda, maior a chance de ter HAS. Estudos apontam que tanto características socioeconômicas do nível individual quanto macroeconômicas estão associadas à maior chance de ter HAS em pessoas e populações de menor status socioeconômico. Destacam que indivíduos expostos às condições de fragilidade social e econômica, individuais ou das áreas nas quais residem, têm maior chance de desenvolver HAS. No entanto, discutem que os mecanismos subjacentes a esta associação ainda precisam ser melhor explorados<sup>11</sup>.

Para essa clientela, é necessário repensar a importância de melhoria nas estratégias voltadas ao atendimento da HAS, por se tratar de pessoas na maioria de baixa renda, e que necessitam de uma atenção maior, melhores instruções, devido possuírem uma doença que precisa ser controlada, para evitar complicações, ou danos irreversíveis.

Conhecimento da HAS e seu tratamento: "dá angústia e ansiedade, e aí a pressão sobe, maltrato que a pessoa faz com a gente..."

A HAS é reconhecida como uma doença de alta prevalência, acompanhada de elevado risco de morbidade e mortalidade,

que se constitui em um grave problema de saúde pública, por ter uma evolução lenta e silenciosa, dificultando nos sujeitos a sua percepção. Foi feita a pergunta sobre o que eles entendem por HAS, e quanto às respostas, poucos souberam defini-la:

*...pressão alta...gordura acumulada no sangue aí vem a pressão alta... (P. 1).*

*...causa sonolência...dor de cabeça... (P. 5).*

*...comer muito açúcar, gordura, preocupação, causa pressão alta... (P.10).*

*...preocupação exagerada fez com que adquirir essa doença... (P. 17).*

*...a pressão sobe e desce... (P. 18).*

*...sim, pois quando estou com a pressão alta sinto dor de cabeça... (P. 19).*

*...dá angústia e ansiedade, e aí a pressão sobe, o maltrato que a pessoa faz com a gente gera angústia... (P. 20).*

Nota-se que a maioria dos participantes não souberam definir a HAS no que se refere aos conceitos portadores do aspecto biologicistas, mas associam a pressão alta, ao surgimento com estilo de vida não saudável, assim como resposta não relacionada a definição, mas a uma concepção que envolve experiências acumuladas na existência. Alguns relacionam a preocupação, ansiedade, e maltrato, relatos que demonstram o seu estado de vida, com sofrimento e tristeza no olhar. Enquanto outros aproximaram suas respostas com a definição da doença e responderam:

*...não tem controle, pode causar infarto, AVC, pode causar qualquer outro tipo de problema... (P. 2).*

*...pressão descontrolada...nunca ouviu falar em cura da doença, só tem paliativos... (P. 6).*

*...sim ,é uma doença crônica... (P. 14).*

A HAS é uma condição clínica multifatorial que se caracteriza por níveis persistentemente elevados da pressão arterial (PA). Pode estar associada a alterações estruturais e/ou funcionais dos órgãos-alvo e alterações metabólicas, podendo ocasionar alto risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Tem alta prevalência, baixas taxas de controle e é um dos mais importantes problemas de saúde pública. Essa doença vem aumentando em países em desenvolvimento, por ser, na maioria dos casos, assintomática e devido à falta de informação sobre seu controle por parte da população<sup>12</sup>.

Os idosos têm uma percepção ruim ou péssima da própria saúde, o que se torna um alerta quanto às repercussões desse potencial marcador para a fragilidade. Quando positiva, a autopercepção da saúde indica que o idoso possui autonomia, mobilidade e capacidade funcionais preservadas, assim como o desejo de manter-se ativo e independente em suas atividades diárias, condições importantes para o desenvolvimento de práticas preventivas de agravos<sup>10</sup>.

A alta prevalência pode estar relacionada aos diversos fatores de risco associados a essa doença, que podem ser não modificáveis (idade, gênero e etnia) e modificáveis (excesso de peso, excesso de ingestão de sal e de álcool, sedentarismo, tabagismo). Os fatores de risco modificáveis devem ser investigados a fim de que se conheça quais deles têm mais relevância nas diferentes populações, possibilitando intervenções para modificação do estilo de vida dos indivíduos<sup>12</sup>.

O diagnóstico de uma doença crônica implica mudanças importantes na vida das pessoas que a possuem. A partir dele, os pacientes passam a necessitar de um cuidado integral, envolvendo aspectos biológicos, sociais, econômicos e psicológicos, ocasionando uma percepção de pouco controle acerca da própria vida. Muitas vezes ocorre a rejeição do entendimento por parte dos pacientes sobre as suas do-

enças, relacionada principalmente com o desconhecimento das complicações tardias, dificultando assim, a adaptação desses indivíduos ao tratamento e à mudança do seu estilo de vida. Portanto, torna-se necessária a realização de técnicas de estímulos e treinamentos para a promoção do autocuidado que promovam mudanças concretas de comportamento dos pacientes, a fim de proporcionar a eles autonomia do cuidado em relação à sua doença<sup>9</sup>.

As mudanças de comportamento, a compreensão sobre as doenças e a percepção para adesão ao tratamento são concepções individuais, e é preciso tempo para a pessoa assimilar a relevância de mudanças de atitudes e aderir ao autocuidado com a finalidade de melhorar a sua qualidade de vida (QV)<sup>13</sup>.

Após uma breve explicação sobre o que é HAS, foi lançada a pergunta sobre como eles acreditam que irão conviver com essa doença, no entanto poucos souberam citar os riscos, mas possuem fé e confiam em Deus, como ilustra o relato de alguns entrevistados:

*...vai conviver o resto da vida/ quando não toma o medicamento a pressão sobe... (P. 1).*

*...vai controlando e tocando a vida pra frente conforme Deus quiser... (P. 3).*

*...Deus é quem toma de conta... (P. 12).*

*...tomar medicação...até Deus quiser... (P. 16).*

*Alguns demonstraram consciência quanto a tomar a medicação:*

*...tomar o comprimido... (P. 4).*

*...tomando medicado do posto, puramente... (P. 10).*

Enquanto outros afirmaram que além do uso da medicação, tinham consciência que deveriam ter algumas modificações no estilo de vida, conforme relataram:

*...tomando medicamento e com ali-*

*mentação certa... (P.7).*

*...tomando a medicação correta, se alimentando melhor, não beber e nem fumar... (P. 15).*

*...medicação. Se não tomar da dor de cabeça...preciso me alimentar corretamente e fazer o uso dos remédios direito... (P. 17).*

*...fazendo o uso da medicação e mudando a alimentação, fazendo alguma atividade física... (P. 19).*

*...não poder comer gordura, evitar refrigerante, açúcar e sal... (P. 20).*

Outros mencionaram ser agricultores e associaram o aumento da PA com o trabalho realizado, relacionado ao horário e excesso de peso:

*...bem, tomar a medicação. só não pode pegar peso... (P. 9).*

*...não ingerir bebida alcoólica, não fumar para não alterar a PA, tomar a medicação correta, horário certo, evitar calor, sol quente, não trabalhar nesses horários, trabalhar até 10h/ 10:30h... evitar material pesado e trabalhar no calor/ sol... (P.2).*

Faz-se necessário um olhar direcionado para o conhecimento social e epidemiológico dos problemas que acometem ou poderão acometer esses homens trabalhadores rurais, para, assim, pensar em medidas educativas eficazes no atendimento de suas reivindicações. Para a utilização dessas abordagens ativas e dialógicas de educação em saúde, faz-se necessária uma mudança na conduta dos profissionais que integram as equipes de ABS e, principalmente, das equipes de saúde da família no campo<sup>14</sup>.

É preciso um cuidado diferenciado a essa população, muitas vezes carente e desconhecadora de seus direitos. Buscar olhar de acordo com as necessidades apresentadas e minimizar os riscos para agravos, propiciando uma melhor qualidade de vida.

A organização da atenção à saúde da pessoa idosa é uma categoria criada para compreender dois aspectos diferentes, porém complementares, ligados ao desenvolvimento de uma estrutura de cuidado à população idosa no SUS. Todas as estratégias de organização da atenção à saúde devem ter como objetivo alcançar a universalidade e integralidade do atendimento aos idosos no SUS. Quando tratamos da população idosa, temos que pensar no atendimento universal também como na criação de estruturas adaptadas para atenção a este grupo etário<sup>15</sup>.

As autoras supracitadas, colocam que somente com a existência de equipamentos e fluxos adequados para atender as necessidades desta população será possível garantir a qualidade do atendimento. Por este motivo, a organização de estratégias de cuidado representa um dos grandes desafios aos gestores na busca de alternativas que atendam às demandas específicas dos idosos e de suas famílias. No entanto, o matriciamento possibilita potencializar os recursos da rede. A partir dele, é possível levantar os idosos da sua área de abrangência de acordo com os critérios do seu interesse, por exemplo, por condição funcional ou por doença de base. Isso favorece o planejamento e a organização das demandas do serviço.

### Ciclo do Matriciamento para a gestão

Se esse ciclo de matriciamento fosse aplicado, teríamos uma população assistida, de acordo com suas especificidades e necessidades, pessoas com mais instruções e potencialmente comprometidas com a sua saúde. É preciso repensar e rever a forma de produzir saúde e prevenir doenças.

A velhice é uma fase da vida que traz especificidades para a implementação das políticas sociais. As pessoas idosas vivenciam determinadas situações que podem trazer sérios prejuízos para a saúde e a QV. A articulação intersetorial, em determinadas circunstâncias, torna-se imperativa para o efetivo enfrentamento dessas situações. As condições crônicas têm assumido cada vez mais relevância na morbimortalidade em todos os países do mundo<sup>16</sup>.

Figura 06. Ciclo do Matriciamento para a gestão



Fonte: ROMERO, D., CASTANHEIRA, D., 2020, dados adaptados pelos autores, 2021.

As DCNT constituem um dos maiores problemas de saúde pública atualmente e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de QV (com alto grau de limitação e incapacidade para as atividades de vida diária), além de impactos econômicos para famílias, comunidades e a sociedade em geral. As DCNT caracterizam-se por ter uma etiologia múltipla, muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e também por associarem-se a deficiências e incapacidades funcionais. Sua ocorrência é muito influenciada pelas condições de vida, pelas desigualdades sociais, não sendo resultado apenas dos estilos de vida. As DCNT requerem ainda uma abordagem sistemática para o tratamento, exigindo novas estratégias dos serviços de saúde<sup>16</sup>.

### CONCLUSÃO

A ocorrência da HAS é muito influenciada pelas condições de vida, pelas desigualdades sociais, não sendo resultado apenas dos estilos de vida. As DCNT re-

querem ainda uma abordagem sistemática para o cuidado e tratamento, exigindo novas estratégias dos serviços de saúde. A organização de estratégias de cuidado pelos gestores e demais profissionais representa a busca de alternativas que atendam às demandas específicas e de suas famílias. O matriciamento possibilita potencializar os recursos da rede, favorecendo o planejamento e a organização das demandas do serviço.

Com base nas informações coletadas dos participantes, com a maioria em condições vulneráveis economicamente, baixa escolaridade, evidencia-se a necessidade da implementação da promoção em saúde. Os profissionais de saúde/gestão poderiam trilhar caminhos mais norteadores de cuidados, visando a prevenção e resolutividade de possíveis problemas: identificá-los e tratá-los, definir as possíveis formas resolutas e implementá-la, traçar as metas e monitorá-las. É preciso trabalhar a capacidade de reinvenção, com novas estratégias para atrair o homem ao serviço de saúde, conforme as suas necessidades e peculiaridades, garantindo a longitudinalidade do

cuidado.

Como as mudanças de comportamento, a compreensão sobre as doenças e a percepção para adesão ao tratamento são concepções individuais, é preciso tempo

para as pessoas assimilarem a relevância de mudanças de atitudes e aderir ao autocuidado com a finalidade de melhorar a sua QV. No entanto, é necessário intervir o quanto antes para promover saúde. Assim

como inovação dos cuidados prestados da equipe para subsidiar o matriciamento conforme as singularidades dos usuários do serviço.

## REFERÊNCIAS

1. MARTINS, A. M., MODERNA, C. M. Estereótipos de gênero na assistência ao homem com câncer: desafios para a integralidade. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14 n. 2, p. 399-420, maio/ago. 2016.
2. LIMA, F. A., et al. Gênero e sexualidade em Saúde Coletiva: elementos para a discussão acerca da produção do cuidado integral ao usuário masculino. *Interface Comunicação Saúde Educação*, 2018.
3. PEREIRA, M. C., BARROS, J. P. Públicos masculinos na estratégia de saúde da família: estudo qualitativo em Parnaíba-PI. *Psicologia & Sociedade*, 2015.
4. ARRUDA, G. O., MATHIAS, T. A., MARCON, S. S. Prevalência e fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017.
5. RIBEIRO, C. R., et al. N. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2016.
6. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Censo demográfico 2010. CAMPOS SALES-CE, 2010. [on-line] Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce/campos-sales.html>. Acesso em: 07 de dezembro de 2020.
7. MAIA, L. C., et al. Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. *Ciênc. Saúde Colet.* 25 (12) ■ Dez 2020.
8. ALMEIDA, T. C. F., et al. Crenças de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica relacionadas ao tratamento medicamentoso. *Rev. Rene*. 2019;20:e41585. DOI: 10.15253/2175-6783.20192041585.
9. MAGRI, S., et al. Programa de educação em saúde melhora indicadores de autocuidado em diabetes e hipertensão. *Reciis – Rev. Eletrôn. Comun. Inf. Inov. Saúde*. 2020 abr.-jun.;14(2):386-400. <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i2.1788>.
10. OLIVEIRA, P. R. C., et al. Fatores associados à fragilidade em idosos acompanhados na Atenção Primária à Saúde. *Escola Anna Nery* 25(4)2021. DOI:<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0355>.
11. MARQUES, A. P., et al., 2020. Fatores associados à hipertensão arterial: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(6): 2271-2282, 2020. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-81232020256.26972018.
12. CARDOSO, F. N., et al. Fatores de risco cardiovascular modificáveis em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. *REME – Rev. Min. Enferm.* 2020[citado em ];24:e-1275. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20200004.
13. MOITA, M. P., et al. Qualidade de vida de pessoas com hipertensão e diabetes na atenção básica: revisão interativa. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v. 42, n. 2, p. 353-367 abr./jun. 2018. Disponível em: DOI: 10.22278/2318-2660.2018.v42.n2.a2842.
14. MIRANDA, S. V. C., et al. Necessidades e reivindicações de homens trabalhadores rurais frente à atenção primária à saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, 2020; 18(1):e0022858.
15. ROMERO, D., CASTANHEIRA, D., Boas práticas na gestão de saúde da pessoa idosa. Políticas públicas e promoção da saúde na prática do SUS. Editora ICITC- Fiocruz. Rio de Janeiro/ 2020.
16. MALTA, D. C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 3-16, 2015.