



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM NO CONTEXTO AMAZÔNICO**



**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO
PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO
ESPECIALIZADA**

DENIMARA MIRANDA NEVES

MANAUS

2021

DENIMARA MIRANDA NEVES

**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO
PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO
ESPECIALIZADA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem no Contexto Amazônico como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Prática clínica avançada na enfermagem amazônica

Linha de Pesquisa: Gestão de enfermagem no contexto amazônico.

Orientador: Prof. Dr. Zilmar Augusto de Souza Filho

Coorientadora: Enfa. MSc. Vanusa do Nascimento

MANAUS

2021

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

N518p Neves, Denimara Miranda
Protocolo de enfermagem: uma proposta de cuidado para a
pessoa idosa com hipertensão na atenção especializada /
Denimara Miranda Neves . 2021
214 f.: il. color; 31 cm.

Orientador: Zilmar Augusto de Souza Filho
Coorientador: Vanusa do Nascimento
Dissertação (Mestrado em Enfermagem no Contexto Amazônico)
- Universidade Federal do Amazonas.

1. Enfermagem geriátrica. 2. Cuidados de enfermagem. 3.
Serviços de saúde para idosos. 4. Hipertensão. 5. Processo de
Enfermagem. I. Souza Filho, Zilmar Augusto de. II. Universidade
Federal do Amazonas III. Título

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Dissertação de Mestrado para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós- Graduação em Enfermagem no Contexto Amazônico da Universidade Federal do Amazonas.

Data da Defesa: 21/12/2021 **Aprovado em:** 21/12/2021.

Banca Examinadora:



Documento assinado eletronicamente por Zilmar Augusto de Souza Filho, Professor do Magistério Superior, em 21/12/2021, às 16:14, conforme horário oficial de Manaus, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Prof. Dr. Zilmar Augusto de Souza Filho
Universidade Federal do Amazonas – UFAM
Orientador/Presidente



Documento assinado eletronicamente por Horácio Pires Medeiros, Usuário Externo, em 21/12/2021, às 16:15, conforme horário oficial de Manaus, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Prof. Dr. Horácio Pires Medeiros
Faculdade Estácio de Belém
Membro Titular Externo



Documento assinado eletronicamente por Alaidistânia Aparecida Ferreira, Professor do Magistério Superior, em 21/12/2021, às 16:17, conforme horário oficial de Manaus, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Prof.^a Dr.^a Alaidistânia Aparecida Ferreira
Universidade Federal do Amazonas – UFAM
Membro Titular Interno



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufam.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0808905** e o código CRC **CB09B091**.

Dedico este trabalho primeiramente à Deus, Que se fez e faz presente em todos os momentos de minha vida. A cada gesto de proteção, cuidado e Fortaleza.

Pois com ele, sinto-me segura e confiante para finalizar esta etapa. Por onde eu caminhei, Tu caminhaste comigo, tornando essa trajetória mais leve.

Dedico ainda aos meus queridos Pais Isaurino da Rocha Neves e Valcenira Miranda Neves, obrigada pela educação, pelo incentivo em todos os momentos, por acreditar no meu potencial e determinação em seguir com os estudos.

Ao Elbison, meu companheiro por ser meu ponto também de equilíbrio e por não me deixar desistir nos momentos mais turbulentos e difíceis.

Ao MEU Maior presente que está por vir! Seja você filha (o), já me mostrou que há um AMOR maior que tudo, capaz de transformar a vida e dar forças para seguir esta jornada que é a VIDA.

Gratidão é a minha palavra, sempre!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pela dádiva da vida e pela saúde física e Mental que me proporcionou durante toda esta jornada, e principalmente durante este último ano de tantos desafios.

Aos meus pais, Isaurino da Rocha Neves e Valcenira Miranda Neves, pela minha criação e pelos bons ensinamentos passados durante toda minha vida. O incentivo ao estudo, sempre foi um dos muitos legados que me passaram.

Ao Elbison Cruz Castro meu companheiro de muitas conquistas. Seu apoio e compreensão durante todos os momentos tornou a minha caminhada mais suave e tranquila.

Aos Meus Irmãos e Sobrinhos por todo o apoio dado.

As minhas amigas da pós-graduação por todos os momentos vividos. Entramos como pedras brutas e com a jornada de troca de conhecimentos e ajuda nos momentos necessários, fomos sendo lapidadas no mais alto nível, para alcançarmos o sucesso desta jornada.

A todos meus amigos que me ajudaram direta ou indiretamente nesta caminhada.

Aos profissionais enfermeiros atuantes nas unidades dos Centros de Atenção Integral a Melhor Idade que participaram deste estudo,

disponibilizando seu tempo e apoiando na construção do produto tecnológico para darmos a melhor atenção a pessoa idosa com Hipertensão.

Ao corpo de Docente do PPPGENF MP/UFAM que nos conduziram através dos ensinamentos nesta jornada de muitos aprendizados e parcerias.

Aos queridos membros das bancas a qual esta dissertação foi submetida para apreciação e avaliação, meus agradecimentos pela disponibilidade de seus tempos para as contribuições no exame de qualificação e na sessão de defesa pública.

Ao Dr. Euler Ribeiro Esteves em nome de toda a equipe da Fundação Aberta da Terceira Idade por me inspirar na atenção a pessoa idosa.

Agradeço a minha co-orientadora Vanusa do Nascimento por me conduzir a essa paixão que é a saúde da pessoa idosa deste a Graduação de enfermagem e por toda sua colaboração durante esta jornada do Mestrado.

Agradeço infinitamente ao meu orientador Dr. Zilmar Augusto deSouza Filho, por estar comigo durante esta jornada me guiando com sabedoria, paciência, respeito, carinho e dedicação, estando sempre disponível para orientar o caminho que eu deveria seguir neste momento sem largar a minha mão durante a caminhada.

Muito obrigada!

“Os que esperam no Senhor renovarão suas forças, subirão com asas como águias e não se cansarão, caminharão e não se fatigarão” Isaías 40:31.

RESUMO

Objetivo: Elaborar um protocolo de enfermagem como proposta de cuidado para a pessoa idosa com hipertensão na atenção especializada no contexto amazônico. **Método:** Estudo metodológico, que utilizou dados qualitativos, sendo desenvolvida em 3 etapas. Na 1 etapa: foi realizado estudo de revisão integrativa com o objetivo de sintetizar o conhecimento, referente às produções científicas sobre os protocolos de enfermagem para a assistência e cuidado na atenção especializada. Na 2 etapa: foi realizada uma pesquisa descrita, por intermédio de uma entrevista semiestruturada com os enfermeiros dos CAIMI's. Cabe ressaltar que a análise dos dados ocorreu por processo de produção e análise dos dados com o uso IRAMUTEQ que possibilitou uma análise lexical para o tratamento do conteúdo fornecido pelos participantes, o Corpus passou a ser composto por 5 Classes, e para cada uma delas foi computada e atribuída uma lista de palavras mais significativas que as traduzem. Na etapa 3: foi realizado a confecção do protótipo, pautou-se no levantamento das melhores evidências. Cabe ressaltar que esta etapa foi desenvolvida tendo como suporte das etapas 1 e 2, nesta fase contamos com o suporte da designer para melhor apresentação do protótipo. **Resultados:** Como produto das etapas da pesquisa apresentada temos na etapa 1 a elaboração de um manuscrito. Na etapa 2, a garantia do conhecimento dos profissionais assistenciais quanto às etapas para serem seguidas no protocolo a partir da análise dos dados, onde emergiram de 312 segmentos de texto (ST 76,10%), organizadas em 04 domínios que balizaram e foram fundamentais para a realização da etapa 3. Sendo na etapa 3 o protocolo apresentado sistematizado na íntegra com 61 páginas disposto no Apêndice D. **Conclusão:** Pondera-se que a tecnologia elaborada possa subsidiar os enfermeiros na prática, potencializando o cuidado a pessoa idosa com hipertensão na rede especializada. Além de contribuir para o avanço das melhores práticas de enfermagem gerontológica no contexto amazônico.

Descritores: Enfermagem Geriátrica, Cuidados de Enfermagem, Serviços de Saúde para Idosos, Hipertensão, Processo de Enfermagem, Idoso.

ABSTRACT

Objective: to build a nursing protocol that supports nurses' practices in the care of elderly hypertensive individuals within the Amazon context. **Method:** methodological study with a qualitative approach. The methodological course of this project will consist of 3 stages: in the first stage, the theoretical-scientific basis will be built from the development of an integrative literature review on nursing practices at aimed elderly hypertensive patients in the context of specialized care; in the second stage, systematic observation will be carried out through interviews with professional nurses who work in the specialized care network for the elderly in the city of Manaus, Amazonas; in the third stage, the construction and production of the nursing protocol will be carried out based on the first and second stages. **Results:** Manuscript presenting theoretical and scientific references, in addition to the contribution of professionals determining the domains as a basis for building the prototype of the protocol. These stages subsidized the technological product to contribute and assist in the professional practice of nurses within the specialized service, helping them to improve the quality of nursing care and decision-making with a view to resolving the provision of care in specialized care. **Discussion:** It is confirmed that the final product will contribute so that Amazonian and gerontological nursing in the state of Amazonas can be recognized for their best practices, as well as for contributing to the improvement of therapeutic adherence of the elderly person assisted in Specialized Care Centers In Manaus. **Conclusion:** The technological product is merged as a health assessment instrument and allowed a plurality of information considered essential within the Amazon context, enabling the visualization of actions employed in practices as priorities, which will guide-making and intervention of nursing. The need to deepen this theme is considered, as there are few published works relating to specialized nursing consultations within this context.

Descriptors: Geriatric Nursing, Nursing Care, Health Services for the Elderly, Hypertension, Nursing Process, Elderly.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo brasileiro de cuidado integrado ao idoso	20
Figura 2 - Modelo da atenção à crônicos	21
Figura 3 - Componentes do modelo de atenção à saúde integral da pessoa idosa no SUS	23
Figura 4 - Modelo de atenção à saúde voltada para a população idosa no Amazonas	25
Figura 5 - Rede de atenção à saúde do idoso no Amazonas	26
Figura 6 - Fluxograma do atendimento nos CAIMI's em Manaus	28
Figura 7 - Necessidade Humanas Básicas	39
Figura 8 - Modelo de cuidado para doenças crônicas aplicado na área da Enfermagem	42
Figura 9 - Dendograma do tipo Phylograma. Manaus, AM, Brasil, 2021.....	50
Figura 10 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos acerca dos protocolos de enfermagem para a assistência e cuidado de hipertensos na atenção especializada.....	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Eixos da CIPE (continua)	40
Quadro 2 - Utilização da estratégia PICO	46
Quadro 3 - Categorias temáticas das experiências dos profissionais enfermeiros que atuam na atenção especializada. Manaus, AM. 2021	51
Quadro 4 - Sintetização dos dados obtidos através da leitura dos artigos (continua)	58
Quadro 5 - Apresentação dos Domínios	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de estudos de acordo com temática principal	62
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGA	Avaliação Geriátrica Ampla
AMI	Avaliação Multidimensional do Idoso
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAIMI	Centro de Atenção Integral à Melhor Idade
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CE	Consulta de Enfermagem
CEO	Centro Especializado em odontologia
CHD	Categoria Hierárquica Descendente
CIPE	Classificação Internacional de Prática de Enfermagem
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DCV	Doença Cardiovascular
DE's	Diagnóstico de Enfermagem
ESF	Estratégia Saúde da Família
FR	Fator de Risco
FUNATI	Fundação Aberta da Terceira Idade
HÁ	Hipertensão Arterial
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IMC	Índice de massa corporal
IVCF-20	Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20
MACC	Modelo de Atenção à Cuidado Crônico
MEV	Modificação do Estilo de Vida
NHB	Necessidade Humana Básica
PA	Pressão Arterial
PNI	Política Nacional do idoso
PNSI	Política Nacional de saúde do Idoso
PNPI	Política Nacional da Pessoa Idosa
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCV	Risco Cardiovascular

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SEMSA	Secretária de Saúde Municipal de Manaus
SES	Secretária de Estado de Saúde do Amazonas
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
ST	Seguimento de Texto
SUS	Sistema Único de Saúde
UEA	Universidade do Estado do Amazonas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1.1 Envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis.....	15
1.2 O fenômeno da hipertensão na pessoa idosa.....	17
1.3 A atenção especializada voltada para a saúde da pessoa idosa no contexto Amazônico ...	19
2 OBJETIVOS	31
2.1 Geral	31
2.2 Específicos.....	31
3 JUSTIFICATIVA	33
3.1 A importância dos protocolos de enfermagem	33
3.2 A idealização da proposta de intervenção nos CAIMI's	34
3.3 Vinculação da autora com o objeto de intervenção.....	35
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	38
4.1 Teoria de Enfermagem.....	38
4.2 Classificação Internacional para a prática de enfermagem (CIPE®).....	39
4.3 Modelo de cuidado para doenças crônicas aplicado na área da enfermagem.....	41
4.4 Política Nacional da Saúde da População Idosa.	43
5 MATERIAL E MÉTODO	45
5.1 Delineamento do estudo	45
5.2 Primeira etapa: levantamento das produções científicas disponíveis	45
5.2.1 Revisão Integrativa da Literatura (RIL)	45
5.3 Segunda etapa: levantamento de dados com os profissionais enfermeiros que atuam na atenção especializada	47
5.3.1 Delineamento do estudo	47
5.3.2 Sujeitos	47
5.3.3 Critérios de elegibilidade.....	47
5.3.4 Riscos e Benefícios da Pesquisa.....	48
5.3.5 Instrumentos de Coleta de Dados.....	48
5.3.6 Processo de produção e análise dos dados com o uso IRAMUTEQ.....	49
5.3.7 Categorização dos dados.....	51
5.3.8 Aspectos Éticos	51

5.4 Terceira etapa: confecção do protótipo do protocolo de enfermagem: uma proposta de cuidado para a pessoa idosa com hipertensão na atenção especializada.....	52
5.4.1 Tipo de Estudo	52
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
6.1 Etapa 1ª: Revisão Integrativa da Literatura	54
6.2 Etapa 2ª: Apresentação das experiências dos enfermeiros que prestam assistência à pessoa idosa dentro da rede de atenção especializada na saúde do idosa cidade de Manaus.....	70
6.2.1 Perfil dos participantes entrevistados	70
6.3 Etapa 3ª: O Protocolo de Enfermagem.....	117
CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS.....	123
ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CONTINUA).....	136
ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA SEAS AM (CONTINUA).....	141
ANEXO C – DESPACHO CENTRO DE SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA – FAPSI/UFAM.....	144
APÊNDICE A – CARTA CONVITE AOS ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS DA REDE DE ATENÇÃO AO IDOSO A NÍVEL SECUNDÁRIO/AMBULATORIAL.....	146
APÊNDICE B – TCLE PARA OS ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS DA REDE DE ATENÇÃO AO IDOSO A NÍVEL SECUNDÁRIO/AMBULATORIAL (CONTINUA).....	147
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COMO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA ETAPA 2a	151
APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA...	152



INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis

O envelhecimento populacional é destaque mundial, isso se dá principalmente em virtude do aumento da expectativa de vida do homem, que com os avanços da medicina e conseqüentemente a melhoria da qualidade de vida, desencadeou o aumento dos idosos e esse grupo procura viver mais e de maneira digna (OPAS, 2018a).

Entre os anos 2015 a 2050, estima-se que a proporção da população mundial idosa dobrará de 12% para 22%, chegando a 2 bilhões de pessoas que estarão na faixa etária de 60 anos ou mais. Embora notou-se que nos países mais desenvolvidos, este crescimento populacional ocorreu de maneira mais lenta, necessitando em vários anos para se concretizar. Dessa maneira, o envelhecimento mundial é resultado, principalmente, da diminuição dos índices de mortalidade geral e da fecundidade (OPAS, 2018a).

No Brasil, a expectativa de vida estimada no ano de 2016 aumentou em ambos os sexos, para 75,72 anos, sendo maior entre as mulheres com 79,31 anos e 72,18 para o homem (MIRANDA; MENDE; SILVA, 2017). No ano de 2018 teve um aumento da população idosa com mais de 60 anos, somando mais de 18 milhões, o que representou 13 % da população. Em 2019, este número ultrapassou os 29 milhões e a expectativa é que até 2060, este número suba para 73 milhões representando um aumento de 160% (IBGE, 2019).

Diante deste panorama do país observa-se uma discrepância entre os números das diferentes regiões, por exemplo nas regiões mais desenvolvidas do Brasil, ou seja, as Regiões Sul e Sudeste registraram os maiores percentuais de crescimento da população idosa (16,0% e 15,7%, respectivamente), enquanto a Região Norte, o crescimento foi de apenas 10,1% (IBGE, 2019).

Especificamente na Região Norte, no estado do Amazonas, a população de idosos cresceu 3,5% em dez anos, superando o crescimento populacional de adultos e crianças. Observou-se o aumento em 2015 para mais de 347 mil idosos (SANTOS et al., 2018). Em Manaus, nos últimos 40 anos, a população de idosos cresceu 10 vezes mais. Dados revelaram ainda que em 2016, a expectativa de vida do amazonense aumentou de forma tímida, em aproximadamente de 71,4 anos para 71,7 anos. Entretanto, os homens apresentaram expectativa de vida de 68,4 anos, em comparação as mulheres com média de idade de 75,2 anos (NETO; CORRENTE, 2016). Todo este cenário do crescimento populacional reflete e impacta diretamente no aumento da demanda e procura dos serviços de saúde, elevando

consequentemente o índice de permanência e reinternação hospitalar.

Um levantamento realizado pela Secretária de Estado de Saúde do Amazonas (SES) apresentado no relatório de Plano Estadual de Saúde (2016-2019), identificou que os idosos somam 6,1% do total da população, de um total de 2.182.763 pessoas. Esse fenômeno também é uma tendência da população brasileira, e impõe a necessidade de criação de estratégias de avaliação e acompanhamento para os diferentes grupos como o da pessoa idosa. Observou-se que nos últimos cinco anos (2010/2015), a população desse grupo aumentou consideravelmente 28% para ser mais preciso, demandando maior atenção por serviços de saúde especializados (AMAZONAS, 2016).

Observa-se a escassez de estudos epidemiológicos com a pessoa idosa que vive na Região Amazônica especificamente na cidade de Manaus. Uma vez que a região apresenta particularidades que envolvem diversidades socioculturais, econômica, étnica e macroambiental, elas impactam substancialmente no envelhecimento dessa população, o que torna ainda mais complexo as variáveis do envelhecimento (SANTOS et al., 2018).

Com a mudança no perfil epidemiológico dessa população, observa-se, a tripla carga de doenças, com predomínio das condições crônicas, elevadas taxas de mortalidade e morbidade por condições agudas decorrentes de causas externas e agudizações das condições crônicas (NUNES et al., 2013). O envelhecimento como meta de saúde pública deve considerar outros aspectos que melhoram as perdas associadas à idade avançada, bem como envolver ações de recuperação, adaptação e crescimento psicossocial (SBGG, 2019).

Uma estratégia criada pelo Ministério da Saúde para monitorar as informações relevantes a saúde e política do idoso, foi o Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso). Trata-se de uma ferramenta integrada de acompanhamento de políticas públicas e situação de saúde, que possibilita a monitorização de dados e apresenta contribuições significativas para a gestão em saúde do idoso (ROMERO et al., 2018).

Observa-se empiricamente que há muitos desafios a serem vencidos nos serviços de saúde que desenvolvem ações para a população idosa, cabe citar a subnotificação de informações dos agravos à saúde, falta de informações sensíveis para o acompanhamento das políticas, falta de fluxogramas e protocolos assistenciais nos serviços de saúde.

Dentro da rede da atenção especializada, necessita-se analisar e elaborar medidas que auxiliem no fortalecimento da atenção à pessoa idosa, fazendo integração efetiva entre todos os níveis de atenção, através de fluxos de referência e contra-referência, fluxos de retaguarda para a rede hospitalar e demais especialidades (HANSEL et al., 2020). À vista disto, o fortalecimento

da integralidade da atenção vai além do aspecto da organização dos recursos disponíveis, mas especialmente, do fluxo do usuário para o acesso aos serviços de saúde (QUEIROZ et al., 2018).

Todas estas ferramentas supracitadas, são importantes instrumentos de gestão que possibilitam a organização do trabalho no serviço de saúde. Visam ainda, a melhora do itinerário terapêutico do usuário dentro do serviço, sendo ferramentas que possibilitam o avanço do cuidado prestado (PIMENTA et al., 2015). Desta forma, permitem a padronização de uma assistência mais qualificada, com aporte científico e teórico, propiciando melhora na assistência do cuidar.

Cabe ressaltar, a necessidade da integralidade como parte desta organização e articulação entre os serviços, de modo a integrar o cuidado em todos os níveis de complexidade (BRITO et al., 2015). Portanto, nota-se lacunas nas informações e ferramentas de gestão sobre as condições de saúde das pessoas idosas atendidas no estado do Amazonas.

É perceptível no contexto amazônico, em especial no estado do Amazonas, a escassez de ferramentas que possibilitem mapear e realizar ações de cuidados nas doenças prevalentes nesta população. Sabendo que há alterações que envolve um mundo complexo, resultante das transições epidemiológicas, demográficas e nutricionais, as doenças são crônicas e múltiplas, necessitando de maior atenção dos serviços de saúde, acarretando necessidades de cuidados especializados (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Dentre as doenças crônicas mais prevalentes nos idosos em Manaus, tem-se a hipertensão (52,2%), depressão (18,6%), diabetes (15,8%), doenças cardiovasculares (DCV) (11,7%), o acidente vascular cerebral (AVC) e câncer com (5,3%) (MELO-SILVA et al., 2018). Estudo realizado no Brasil apresenta dados preocupantes sobre internações dos idosos, no qual um total 81,3% tinham duas ou mais morbidades e 64,0%, três ou mais morbidades (NUNES et al., 2017).

Isto infere a uma demanda às redes de atenção e nos serviços de saúde. Ressalta-se, a necessidade de organização dos serviços e oferta de ações de saúde, que possibilitem precisão da clínica, haja visto que, estas multicomorbidades crônicas são responsáveis por mais de 70% de todas as mortes no mundo (MALTA et al., 2015).

1.2 O fenômeno da hipertensão na pessoa idosa

As doenças cardiovasculares constituem umas das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que tem grande preocupações em nível nacional (MALTA et al., 2015). Dados relatados no caderno de hipertensão demonstram que a hipertensão acomete 40% da

população mundial e aproximadamente 30% da população brasileira, sendo considerada também como fator de risco para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013).

A Diretriz de cardiogeriatrics de 2019, identificou que 62,0% dos homens e 67,4% das mulheres declararam ter hipertensão. Esta doença constitui também a principal causa de morte da população idosa; apresentando 34,2% dos óbitos masculinos e 35,2% femininos, respectivamente (FEITOSA-FILHO et al., 2019).

No Brasil, a hipertensão em 2016 atingiu 75,6% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por DCV. Em 2015, a doença cardíaca hipertensiva foi a terceira causa de morte cardiovascular na maioria dos estados. Fazendo um recorte do estudo realizado no Brasil entre os anos de 2010 e 2014 que apresentou as taxas de mortalidade nos idosos de acordo com a faixa etária, observou-se que nas faixas etárias entre 60-69 anos, 70-79 anos e 80 ou mais anos, a média e desvio padrão da taxa de mortalidade foram respectivamente: 24,14%; 35,07% e 57,87%. Estas taxas expressam um aumento progressivo da idade e à elevação da média de óbitos relacionada a doenças hipertensivas (BRANT et al., 2017).

Dados disponibilizados pelo Diretriz de Cardiogeriatrics da Sociedade Brasileira de Cardiologia 2019, apresentaram as taxas de prevalência de Hipertensão arterial autorreferida a partir do diagnóstico clínico já definido por um profissional da medicina, destaque para os idosos da faixa etária de 60 a 64 anos, a prevalência de Hipertensão foi de 49,5%; entre os idosos de 65 anos ou mais a prevalência aumentou 11,4%, passando a ser de 60,9% (FEITOSA-FILHO et al., 2019).

Em um estudo multicêntrico realizado em ambulatórios de cardiologia e geriatria de instituições brasileiras, observou-se que a hipertensão estava presente em 65% dos idosos atendidos no serviço ambulatorial dessas unidades, e destes 80% eram mulheres com idade maior a 75 anos (FEITOSA-FILHO et al., 2019).

O envelhecimento por si só apresenta alterações que merecem destaque dentro do contexto vascular, e tais alterações levam a peculiaridades no diagnóstico e tratamento da hipertensão no idoso. Sendo que, dependendo da condição de fragilidade ou não do idoso esta condição pode ou não trazer danos, prejudicando a autonomia e independência (SBH, 2016).

A 7ª Diretriz brasileira de hipertensão publicada em 2016 pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) reafirmou e apontou a associação entre a hipertensão e o envelhecimento, estando ambas as condições, diretamente relacionada ao aumento da expectativa de vida da população brasileira, que atualmente passou para 74,9 anos, além do aumento entre os idosos com 60 anos ou mais, que passou de 6,7% para 10,8% na última década (BRASIL, 2016). O cenário epidemiológico da hipertensão arterial no Brasil revela, que quanto maior a idade mais

elevada será a prevalência de hipertensão (BRASIL, 2019).

Um estudo realizado com 1.509 idosos em que vivem na cidade de Manaus, identificou que o envelhecimento populacional através da expectativa de vida da população investigada foi de $70,9 \pm 7,6$ anos, as doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes foram: a hipertensão arterial (57,7%), as doenças reumáticas (28,8%) e o diabetes (24,1%) (ROSA et al., 2019). Outro estudo realizado com 136 idosos, de 60 anos ou mais identificou que a prevalência de hipertensão foi de 56% e as doenças reumáticas representaram 55,8% (SANTOS et al., 2018).

Cabe ressaltar que o tratamento para controle da hipertensão e a prevenção de outros agravos decorrentes desta, engloba tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Destarte para avaliação comportamental sendo um fator crucial para manter o nível pressórico adequado e reduzir agravos e mortalidade por esta condição. Dessa maneira é relevante observar que em Manaus, a frequência de adultos com hipertensão arterial que referiram tratamento medicamentoso da doença foi de 61,7%, considerando baixa adesão ao tratamento em comparação aos demais estados brasileiros (BRASIL, 2019).

Para dar seguimento a atenção à saúde do idoso há de se envolver todos os níveis de cuidado, isto é, possuir um fluxo bem desenhado, tomadas de decisões, ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstia, cuidado o mais precocemente possível e reabilitação de agravos ao idoso (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

1.3 A atenção especializada voltada para a saúde da pessoa idosa no contexto Amazônico

Observa-se de modo geral a necessidade de criação de novos modelos de atenção à saúde e cuidados, frente principalmente as modificações provocadas pelo processo do envelhecimento e alta carga de DCNT's nesta população, o que tem exigido do setor público e privado modelos inovadores em saúde, principalmente visando a prevenção de outros agravos (OPAS, 2018a).

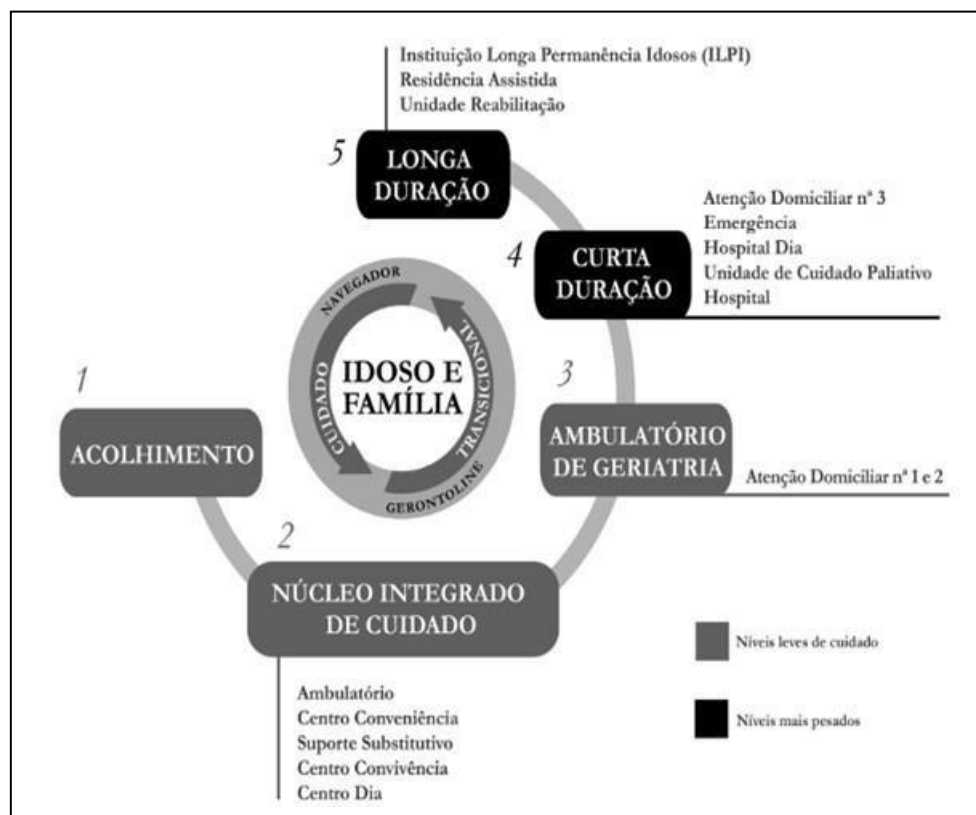
Os serviços e modelos de saúde devem ser integrados e organizados para minimizar a fragmentação da atenção e reduzir a navegação do idoso dentro dos serviços de saúde, uma vez que os idosos possuem suas peculiaridades. É preciso salientar que embora a cidade de Manaus não possua uma Rede de Atenção à Saúde do Idoso bem desenhada e definida, ela apresenta um modelo em processo de construção de atenção à saúde do idoso, que visa atender as necessidades deste grupo (SUSAM, 2016).

Observou-se na literatura científica que novos modelos de saúde para serem eficientes e eficazes devem contemplar todos os níveis de cuidado, isto é, devem ser bem desenhados com fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, cuidado o

mais precocemente possível e reabilitação de agravos. De tal maneira, essa linha deve contemplar captação, acolhimento e monitoramento do idoso até momentos finais da vida contando com o apoio dos cuidados paliativos (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Alguns modelos de atenção à saúde já foram propostos, estes podem direcionar os gestores para adaptações dentro da realidade local apresentada, segundo suporte de serviços oferecidos, perfil epidemiológico, equipe de saúde capacitada e integração da rede de atenção à saúde. Cabe destacar o modelo proposto na figura 1 abaixo, pois a mesma está baseada na linha de cuidado à pessoa idosa em cinco níveis de ações (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Figura 1 - Modelo brasileiro de cuidado integrado ao idoso



Fonte: Adaptado de Veras e Oliveira (2018).

Aponta-se que este modelo pode ser utilizado como guia para ordenar os serviços e fluxos de cuidados nos quais o idoso necessita. Para tanto, há de se fazer novas conjecturas políticas e estratégias de saúde para que a intervenção futura do sistema público possa alinhar-se a este modelo.

É notório que o país ainda apresenta falta de políticas públicas eficazes, projetos e infraestruturas de serviços de saúde que possam atender as demandas desta população. Entretanto, ao longo do tempo, observou-se mudanças significativas nas políticas de saúde com

vistas a garantir direitos e acesso aos serviços necessários para a qualidade de vida dos idosos (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Porém um dos desafios para necessidade de enfrentamento da realidade brasileira, tanto ao envelhecimento, quanto a atenção a doenças crônicas é a escassez de estruturas de cuidado especializado a pessoa idosa no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio (MALTA et al., 2017).

Diante deste cenário, espera-se que os profissionais de saúde tenham habilidades para atuar na prevenção, no cuidado e na atenção integral à saúde da população idosa para atender à demanda gerada pelo envelhecimento (NETO; CORRENTE, 2016).

Recomenda-se para a formação da rede de atenção à saúde (RAS) para as pessoas com doenças crônicas descritas no plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, para o período de 2011 a 2022, seja organizada por meio de linhas de cuidado prioritárias (doenças renocardiovasculares, hipertensão arterial e insuficiência renal crônica, diabetes, obesidade, doenças respiratórias crônicas e câncer), possibilitando tanto a organização dos serviços quanto a delimitação da linha de cuidado com o fluxo a ser percorrido pelos usuários (BRASIL, 2011).

Outro modelo de atenção que cabe destacar, é o que foi o proposto no estudo de Mendes (2012), por levar em consideração a atenção a condição crônica de indivíduos. Observa-se a integralidade dos recursos e serviços disponíveis, conforme apresentação na figura 2, a seguir.

Figura 2 - Modelo da atenção à crônicos



Fonte: Adaptado de Mendes (2012).

É interessante destacar que o modelo de cuidado proposto pelo Ministério da Saúde no Brasil, o foi pautado no “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022” (BRASIL, 2011). Sendo este modelo

adaptado por Mendes (2012) que propôs o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), no intuito de se adequar ao contexto do sistema público de saúde do país.

Dessa maneira o modelo proposto, se destaca por conter seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. Neste sentido, estes elementos que compõem o modelo, tem relações que permitem desenvolver pessoas usuárias informadas e ativas e equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população (MENDES, 2012).

Ressalta-se que os serviços especializados numa proposta de organização de redes de atenção formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, devem dispor de densidade tecnológica intermediária entre a atenção média e alta complexidade. Sendo fundamental o apoio diagnóstico e terapêutico (ERDMANN et al., 2013).

Cabe ressaltar, dentro deste processo de rede de Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa, proposta pela Portaria nº 2.528 de 2006 (BRASIL, 2020), alguns pontos para atenção especializada que propõe a incorporação de mecanismos que fortaleçam a atenção, integrando os serviços de atenção básica aos demais níveis, garantindo a integralidade, utilização de fluxos de referência e contra-referência, para integrar a atenção de acordo com às necessidades da pessoa idosa, possibilitando abordagem multiprofissional e interdisciplinar dentro dos serviços. Além de propor ordenamento de fluxos de retaguarda para a rede hospitalar e demais especialidades (BRASIL, 2015). Para tanto, há de destacar a necessidade de integração entre os níveis de atenção e serviços ofertados, conforme fluxo apresentado pela figura 3, a seguir.

Figura 3 - Componentes do modelo de atenção à saúde integral da pessoa idosa no SUS



Fonte: Adaptado de Brasil (2014).

A RAS, surgiu como uma proposta viável para a reestruturação dos serviços e processos de saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e o perfil epidemiológico da população, que devem ter foco na população, de forma integral, por meio de um serviço contínuo de cuidados que visem prioritariamente à promoção da saúde (BRASIL, 2011).

A estrutura do modelo de atenção integral à saúde, baseado em redes de atenção organizadas através de uma rede integrada poliárquica de pontos de atenção à saúde é uma proposta que presta a assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2014a).

Tais modelos apresentados anteriormente servem de base para auxiliar na organização dos serviços de saúde prestados ao idoso no contexto amazônico. Possibilitando assim integrar os modelos e adaptá-los para a realidade local.

Na cidade de Manaus, a atenção especializada, vem buscando articular os pontos das redes de atenção em saúde, de forma resolutiva, com ampliação do acesso a consulta e procedimentos especializados, superando a fragmentação existente da atenção, migrando do modelo assistencial fragmentado e voltado para as condições agudas.

Embora a capital do Amazonas, não se tenha uma rede voltada para a pessoa idosa totalmente estruturada, nota-se que o serviço de saúde dado a este público abrange todos os níveis de atenção necessária, mesmo que de forma fragmentada, eles atuam desenvolvendo ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

É importante trazer para a reflexão o disposto do decreto nº 9.921 de 2019, por consolidar os atos normativos a respeito da pessoa idosa. Esse decreto dá ênfase na importância da articulação dos serviços de saúde das três esferas por intermédio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, propondo uma organização de uma assistência que possibilite maior articulação e garantia dos serviços de saúde, de forma articulada e contínua de serviços e ações preventivas e curativas, além de dispor de estruturas de centro de referências que agreguem ensino, pesquisa e extensão. Além de destacar a hierarquização do atendimento ao idoso, a importância do estabelecimento de uma rede de atenção especializada e que possibilite a implantação de unidade de referência (BRASIL, 2019).

No decreto apresentado anteriormente, observa-se que este documento seguirá apoiando e fortalecendo a rede de atenção ao idoso no contexto amazônico. E que, embora ainda não estruturada, se pode contar com diversos serviços de atenção ao grupo, isso permitirá futuramente ordená-los com o propósito de fortalecer a atenção a este público. Em destaque o apoio da Fundação Aberta da Terceira Idade, que atua como um Centro de Referência de ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde, desenvolvendo ações voltadas para questões inerentes ao envelhecimento. Contribuindo para a formação de recursos humanos especializados na área de Gerontologia e Saúde do Idoso (FUNATI, 2020). Tornando-se mais um aliado ajudando no fortalecimento do seguimento de atenção e saúde ao idoso.

Entre os anos de 1998 e 2002 em Manaus, houve a implantação do Programa de Revitalização da Saúde como meta de priorização ou diferenciação no atendimento de assistência à saúde aos idosos, com foco principal de oportunizar acompanhamentos especializados para grupos vulneráveis, destaque aqui no estudo para o Idoso (DINIZ, 2017). O objetivo do programa era de realizar um diagnóstico situacional de saúde, com vistas ao planejamento e reorganização da rede de serviços de saúde para atender a população, a partir da padronização da rede física das unidades de saúde e a garantia de equipes de saúde especializada e treinadas para atender à necessidade da população idosa (DINIZ, 2017).

Com esta proposta de revitalização, o Governo do Amazonas da época, organizou os serviços de saúde conforme o modelo de atenção proposto pela Secretária de Saúde do Estado

do Amazonas (SES). Sendo a SES, a responsável pelas unidades dos Centro de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI). Embora tenha colaboração e suporte dado pela Secretária de Saúde Municipal de Manaus (SEMSA). Em parceria, a SES e a SEMSA, trabalham para melhoria da rede de atenção ao idoso, destacando a consonância com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNPSI), tendo como referência a rede de serviços especializados de média e alta complexidade. Esta organização é observada pelo desenho a seguir.

Figura 4 - Modelo de atenção à saúde voltada para a população idosa no Amazonas.



Fonte: Adaptado de SES (2002).

Neste cenário, destaca-se o CAIMI, como uma unidade de saúde que funciona como porta de entrada para o atendimento a atenção básica em saúde, embora seja uma unidade de saúde que compõe a rede atenção especializada em saúde de Manaus.

Os CAIMI's garantem ao idoso o atendimento ambulatorial, com ênfase no manuseio das doenças prevalentes da terceira idade e nas ações preventivas, tendo como diferencial

equipes multidisciplinares capacitadas. Seu propósito visa o maior grau de resolutividade da demanda espontânea desvelada pelos idosos. O acesso da população é por livre demanda e a agenda dos programas é delineada por cada unidade, além de receber outra demanda de por meio da referência de outras unidades de saúde, pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG) (DINIZ, 2017).

Os serviços de saúde voltado para a atenção ao idoso pelo SUS em Manaus, estão em processo de organização. Em fevereiro do ano de 2020, Manaus foi uma das cidades escolhida para implantar a da linha de cuidado da pessoa idosa na atenção primária à saúde (APS), com foco na atenção integrada a saúde. Sendo Manaus o 12º município a assumir a implementação do projeto do Ministério da Saúde. Ressalva-se com isto, o fortalecimento da rede de saúde do município, uma vez que já está em andamento ações que tem como propósito a criação de Protocolo da Saúde do Idoso, inicialmente com a execução, desde 2017, com a adoção da caderneta do idoso, o que possibilita a avaliação multidimensional, segundo a funcionalidade da pessoa idosa e a qualificação dos profissionais no cuidado (REIS, 2020).

Hoje o estado do Amazonas apresenta uma rede de atenção à saúde (RAS) que ainda não está bem definida, porém vale destacar que ela se encontra em processo de reorganização. Contudo o que se tem de atenção à saúde voltada a pessoa idosa no Amazonas, segue representado na figura 5, abaixo.

Figura 5 - Rede de atenção à saúde do idoso no Amazonas



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Dentro desta apresentação pode-se observar que os três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade, são e estão interligadas, pois executam ações de saúde que integram a promoção de saúde, prevenção de agravos a saúde, reabilitação entre outros.

Sendo observado no atendimento básico o apoio das estratégias saúde da família, unidades de saúde básicas, núcleo de atenção à saúde da família e as unidades dos CAIMI's. Para dar suporte ainda aos cuidados primários de saúde temos os centros de atenção psicossocial (CAPS), Centro Especializado de Odontologia (CEO) e o Melhor em casa (SUSAM, 2016).

Além de dispor do serviço de intersectorialidade contando com os centros de convivência do idoso e família, que também contam com a academia de saúde. Tem-se neste contexto o apoio da Fundação Doutor Thomas que é uma instituição de longa permanência de idosos, na qual se desenvolvem diversas ações de saúde (SUSAM, 2016).

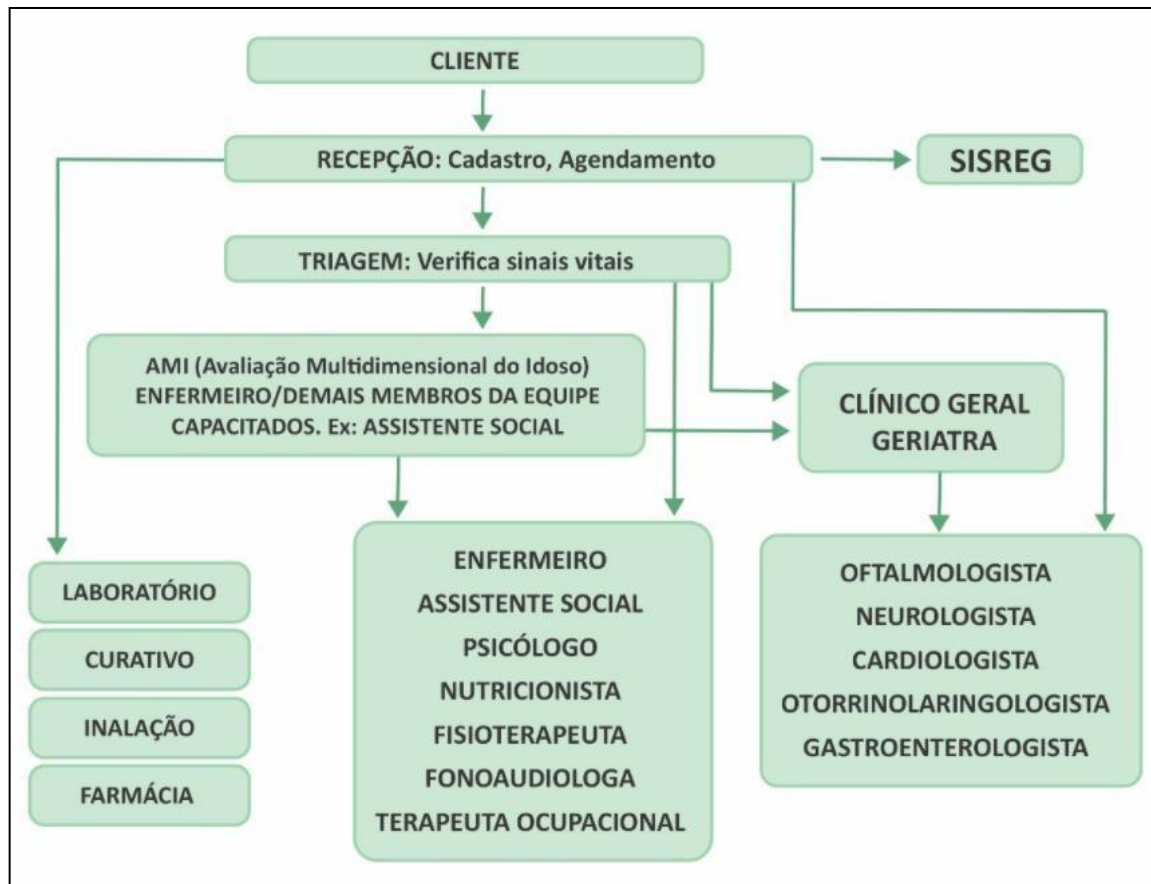
Dentro da média complexidade ambulatorial e serviço especializado, observa-se as Policlínicas e CAIMI's, que embora prestam atendimentos básicos, contam com equipes especializadas e que junto à proposta realizam ações e serviços, que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade demande a disponibilidade de especialidades e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (SUSAM, 2016).

Entre a atenção de básica e média complexidade conta-se com o apoio FUNATI e o Núcleo de Telessaúde do Estado para dar apoio as ações de saúde, melhorar a qualidade do atendimento da atenção primária, além de contribuir para qualificação da equipe de saúde. Na Atenção Média/Intermediária temos as unidades de Pronto Atendimento de urgência e emergência: UPA, SPA, SAMU com o objetivo de garantir a universalidade do acesso do idoso ao serviço (SUSAM, 2016).

A alta complexidade conta com os hospitais gerais e especializados que dão suporte a terapias e procedimentos de especialidades médicas avançadas e elevadas, envolvendo altas tecnologias e alto custo. Cabe ressaltar que também está disposto o sistema de regulação do estado que possibilita a navegação do idoso entre os três níveis de atenção conforme a necessidade apresentada e direcionada, seja para especialidades médicas, para realização de procedimentos e exames de baixa, média e alta complexidade (SUSAM, 2016).

A seguir, na figura 6, será representado o fluxograma demonstrativo do atendimento ao idoso que chega ao serviço do CAIMI para atendimento, sendo observado inicialmente a demanda do usuário e em seguida o direcionamento do mesmo para os serviços da unidade.

Figura 6 - Fluxograma do atendimento nos CAIMI's em Manaus



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

É interessante ressaltar, que a pessoa idosa que chega na unidade e é acolhida na recepção na qual é levantado a sua demanda, a partir de então ele pode navegar pelo fluxograma de acordo com a sua necessidade apresentada. Dependendo da atenção que busca, ele é direcionado para o local específico no qual sua necessidade de atendimento deverá ser sanada (SUSAM, 2002).

Em seguida contará com o aporte da equipe de preparo para verificação de sinais vitais como: pressão arterial, glicemia, peso, temperatura, frequência cardíaca. A seguir o idoso é encaminhado para realizar a avaliação multidimensional do idoso que é uma classificação de risco de fragilidade, normalmente esta é realizada pelo profissional enfermeiro, o qual estratifica o risco e encaminha para os consultórios com demais profissionais da saúde, podendo o mesmo ser encaminhados para outras unidades de maior complexidade (SUSAM, 2002).

Além dos atendimentos ambulatoriais os CAIMI's ainda dispõem de ações educativas (palestras, sala de espera, roda de conversa), preventivas (atividades físicas e recreativas, caminhada, oficina de nutrição), reabilitação (fisioterapia, oficina da memória, hidroginástica,

artesanato, dominó), e de extensão (dança, coral e outros), que são desenvolvidas individual ou coletivamente. Fazem parte deste cuidado ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Os CAIMI's contribuem com a melhoria do serviço de saúde ofertado a este grupo na cidade de Manaus, por minimizar internações, embora se reconheça a necessidade de melhorar a atenção e organização deste serviço para uma assistência mais resolutiva (DINIZ, 2017).

Pensando nesta organização a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus elaborou um protocolo com diretrizes clínicas na atenção à saúde do idoso, com enfoque clínico e de gestão do cuidado, tomada de decisão qualificada por parte dos profissionais de saúde, de acordo com aspectos essenciais à produção do cuidado. Aponta-se que este protocolo serve como suporte para as práticas dos profissionais de saúde e de enfermagem lotados nos CAIMI's (SEMSA, 2017).

Os serviços de saúde de atenção ao idoso em Manaus, oferecem básica capacidade institucional dentro dos componentes de Organização do Sistema de Saúde, o que representa um desajuste entre a articulação em redes de assistência e estruturação de políticas e programas que possibilitem um cuidado orientado e mais enfático para as condições crônicas (BORDONI, 2019).

Diante do atual cenário, destaca-se a relevância das ações de saúde desenvolvidas pelos os CAIMI's por contribuírem significativamente para a melhoria da oferta dos serviços de saúde direcionado para a população idosa. E mediante o contexto posto, evidencia-se então, a necessidade de melhorar e aprimorar as ações e cuidados de saúde ofertados no serviço, reordenamento da organização dos fluxos de serviços ofertados por esta unidade com vista a melhoria da assistência e cuidado da população idosa.



OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Elaborar um protocolo de enfermagem como proposta de cuidado para a pessoa idosa com hipertensão na atenção especializada no contexto amazônico.

2.2 Específicos

- Identificar as produções científicas disponíveis por meio de uma revisão integrativa da literatura acerca dos protocolos de enfermagem para a assistência e cuidado de hipertensos na atenção especializada.
- Compreender as experiências dos enfermeiros que prestam assistência e cuidado à pessoa idosa nos Centros de Atenção Integral à Melhor Idade em Manaus.
- Elaborar um protocolo com orientações para o enfermeiro, com intuito de contribuir para que o planejamento do cuidado de enfermagem seja sistematizado de forma mais eficaz e com maior qualidade.



JUSTIFICATIVA

3 JUSTIFICATIVA

3.1 A importância dos protocolos de enfermagem

A partir dos cenários demográficos, dos indicadores epidemiológicos das doenças cardiovasculares, em especial a hipertensão arterial na pessoa idosa e a contextualização da organização dos serviços de saúde para atendimento desta população no contexto amazônico, urge destacar a importância do profissional enfermeiro para o desenvolvimento ações de promoção de saúde e prevenção de agravos a saúde dos idosos. No entanto, as implicações de atuação sejam na gestão ou na assistência, deve ser para minimizar o grau de dependência da população idosa, sendo que as ações para este grupo devem ir além dos limites institucionais.

Deste modo, o papel do enfermeiro frente à elevada carga de condições crônicas e a necessidade de atenção à populações vulneráveis, em especial a de idosos, aponta-se a ânsia de se buscar inovações tecnológicas capazes de transformar o cotidiano das práticas profissionais do enfermeiro e potencializar novas formas no gerenciamento do cuidado, visando melhorias para o serviço que atende a esta população (SIEWERT et al., 2017).

Como possibilidade de apoio ao enfermeiro dentro do serviço de saúde seja na gestão ou assistência, a utilização de tecnologias com o intuito de organizar o serviço, neste contexto destacam-se os protocolos de enfermagem, que favorecem as instituições e auxiliam no gerenciamento em saúde. Ressaltando que muitas instituições que lançaram mão de protocolos para melhorar e organizar o serviço, otimizaram o seu trabalho e padronizaram condutas de cuidado, de acordo com a realidade local e com os recursos disponíveis (KRAUZER et al., 2018).

A utilização de protocolos, por sua vez, possibilita recomendações estruturadas de forma sistemática, baseadas em evidências científicas, na avaliação tecnológica e econômica dos serviços de saúde e garantia de qualidade (COFEN, 2018). Os protocolos contribuem para descrever detalhadamente ações operacionais e especificações de ação realizada dentro do processo assistencial e gerencial (KRAUZER et al., 2018).

Os protocolos têm inúmeras vantagens que possibilitam a melhora assistencial, uso de tecnologias, inovação do cuidado, uso racional dos recursos, o uso de indicadores de processo e de resultados, a expansão do conhecimento, a melhora da comunicação e a possibilidade de coordenação do cuidado. Proporcionando resoluções de cuidados aos usuários e minimização intercorrências das ações (COFEN, 2018).

Nesta perspectiva, para que haja melhoria do processo organizacional dentro do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro que atua direto com o idoso, entende-se que, o uso de instrumentos técnicos, como os protocolos de enfermagem, possa os auxiliares em tomadas de decisões dentro do serviço (KRAUZER et al., 2018).

Aponta-se que um protocolo de enfermagem pode ser um excelente instrumento tecnológico capaz de apontar diretrizes e parâmetros que otimizem a reorganização do processo de trabalho do enfermeiro na atenção e cuidado ao idoso hipertenso atendidos nos CAIMI's da cidade de Manaus.

Para tanto, a proposta do protocolo com disposição em forma de fluxograma possibilita uma representação esquemática do fluxo de informações e ações de forma rápido e fácil, facilitando sua compreensão. Tornando o processo de tomada de decisão mais objetivo possível, subsidiando a avaliação dessas ações. Destaque para as principais vantagens em se utilizar fluxograma como guias visuais para o cuidado de enfermagem: apresenta visão global do processo; uso de simbologia simples com padronização da comunicação; identifica ciclos de retrabalho e conflitos no processo; definição clara das ações a serem executadas (PIMENTA et al., 2015).

Diante disso, compreendeu-se que a utilização de um protocolo de enfermagem pode ser uma possibilidade de manejar as condutas dos enfermeiros que atuam nos CAIMI's na busca de maior resolutividade do cuidado prestado, além de contribuir para promoção e transformação do modo de cuidar em direção, de melhores condições de vida e saúde das pessoas.

3.2 A idealização da proposta de intervenção nos CAIMI's

Acredita-se que um protocolo de enfermagem, como um produto tecnológico poderá balizar as ações e cuidados de profissionais enfermeiros que atuam nos Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI's), possibilitará melhores condutas, além de assegurar variabilidade de informação na prática clínica. Permitindo ainda, cuidados sistematizados para melhoria da qualidade da assistência, além de fornecer segurança às pessoas idosas com hipertensão. Vislumbrou-se a possibilidade de conquistar maior efetividade do cuidado de enfermagem nos CAIMI's propiciando monitoramento das ações e gestão.

Considerando que as condutas tomadas frente a pessoa idosa hipertenso devem ser estabelecidas por evidências científicas, o uso de um produto técnico tecnológico permitirá ao profissional intervenções resolutivas para o controle, acompanhamento e tratamento da hipertensão arterial em idosos atendidos nos CAIMI's.

Mediante o fato de que os serviços de atenção especializados para o cuidado da pessoa idosa no Amazonas apresentem escassez no uso de tecnologias de saúde como: protocolos, fluxogramas, mapeamento de condições de saúde e serviço, há de se indagar, que para melhoraria da prática de enfermagem nos serviços, há de se lançar mão para implantação e uso destas tecnologias para fortalecer as condutas de cuidado pautadas nas melhores evidências.

Contribuindo desta forma para a melhoria de qualidade de vida do idoso, minimizando agravos que impactam na saúde pública como internações desnecessárias, incapacidades de resolutividade do sistema, instabilidade financeira e maiores gastos públicos.

Tendo vista o fortalecimento da produção tecnológica para a linha de pesquisa do mestrado profissional em enfermagem: Gestão de Enfermagem no Contexto Amazônico fez-se necessário desenvolver um produto pautado nas melhores evidências para subsidiar as práticas, o que impactará na melhoria do itinerário terapêutico do idoso, minimizando outros agravos. Além de fortalecer a prática de enfermagem.

Visando contribuir com a prática profissional do enfermeiro dentro da subárea do conhecimento da gerontologia, a proposta de estudo, justifica-se pela contribuição social, pela possibilidade de dar visibilidade às boas práticas de cuidado no âmbito da atenção especializada, sistematizando orientações para tomadas de decisões frente a necessidade da pessoa idosa.

Pretende-se por fim, disseminar os resultados deste estudo através de publicações de artigos em revistas científicas de grande impacto na área de enfermagem e na saúde do idoso. Além de disponibilizar o protocolo em forma de documento digital para servir de subsídio aos profissionais enfermeiros e gerências de enfermagem que o acessar.

3.3 Vinculação da autora com o objeto de intervenção

Inicialmente, enquanto graduanda do curso de enfermagem obteve-se a oportunidade de realizar um estágio em uma unidade hospitalar da iniciativa privada, para auxiliar no acompanhamento de usuários com problemas cardiovasculares. No setor de atuação se realizava diversos exames cardiológicos e sempre que possível acompanhava-se os exames de forma intercalada. Esta experiência perdurou por seis meses despertando curiosidades, angústias e a necessidade de aprofundar o conhecimento na área temática de doenças cardiovasculares.

Outra oportunidade obtida, ao longo da graduação, foi a partir do projeto de extensão pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA), na Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI), que possibilitou conhecer e ter contato com pesquisadores do envelhecimento

humano. No ano de 2014 por meio de um convite da Coordenação do Núcleo de Saúde da UNATI, atuei como enfermeira compondo a equipe multidisciplinar, principalmente na atenção e acolhimento de idosos para realização das avaliações gerontológicas.

Durante a atuação no campo da Gerontologia, ocorreram muitos aprendizados ao longo do tempo, o que permitiu somar forças para prestar um cuidado de qualidade à população idosa. Diante destas experiências buscou-se o aprofundamento do conhecimento dentro da Especialização de Gerontologia e Saúde do Idoso e Enfermagem Cardiovascular, com o intuito de somar os conhecimentos já adquiridos para prestação de uma assistência e cuidados diferenciados e qualificados.

Ao longo desta trajetória observou-se no decorrer da prática profissional na assistência de enfermagem da autora, a elevada prevalência de idosos com complicações originadas por doenças crônicas que buscam os serviços de saúde. E muitos idosos com quadros clínicos agravados devido ao descontrole dos níveis pressóricos, observou-se ainda a ausência de protocolos de enfermagem que permitissem guiar os profissionais no manejo do cuidado cotidianos e a ausência de fluxos de organização do serviço de enfermagem. Tais vivências e inquietações geraram a proposta aventada neste estudo.



**FUNDAMENTAÇÃO
TEÓRICA**

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Teoria de Enfermagem

Na enfermagem para que o processo ocorra como método científico há de lançar mão do pensamento crítico como aptidão essencial em sua prática profissional. Para isso o empoderamento através de uma base própria de conhecimentos que atenda a multidimensionalidade do ser, orientando a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem, para fornecer a base para uma melhor avaliação (COREN/BA, 2016).

Dessa maneira, um dos legados fundamentais para que o exercício profissional seja executado com êxito, é um enriquecimento e aprofundamento de fundamentos teóricos, visando além das melhorias da competência profissional, uma melhor organização da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Permitindo ações pautadas nos domínios da enfermagem que visam manutenção, prevenção e recuperação a saúde da pessoa, família e coletividade, direcionadas pela identificação/avaliação, diagnóstico e implementação de ações ou intervenções de enfermagem que atendam às Necessidades Humanas Básicas (NHB) (HORTA, 2005).

De tal modo, sugerimos para esta proposta aventada o modelo teórico a ser adotado pela enfermagem dentro da atenção especializada, a teoria das necessidades humanas básicas proposta por Wanda Aguiar Horta, que atende as necessidades humanas do indivíduo de uma maneira ampliada. Visando a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética; olhando o indivíduo na sua integralidade (HORTA, 2005).

A teoria de enfermagem possibilita além do norte para a profissão o embasamento para a construção do conhecimento científico. Auxiliando na melhora da prática profissional. O Processo de Enfermagem, quando fundamentado numa teoria, adquire um caráter científico que facilita a tomada de decisão do enfermeiro conferindo-lhe uma prática segura e resolutiva (LINS et al., 2013).

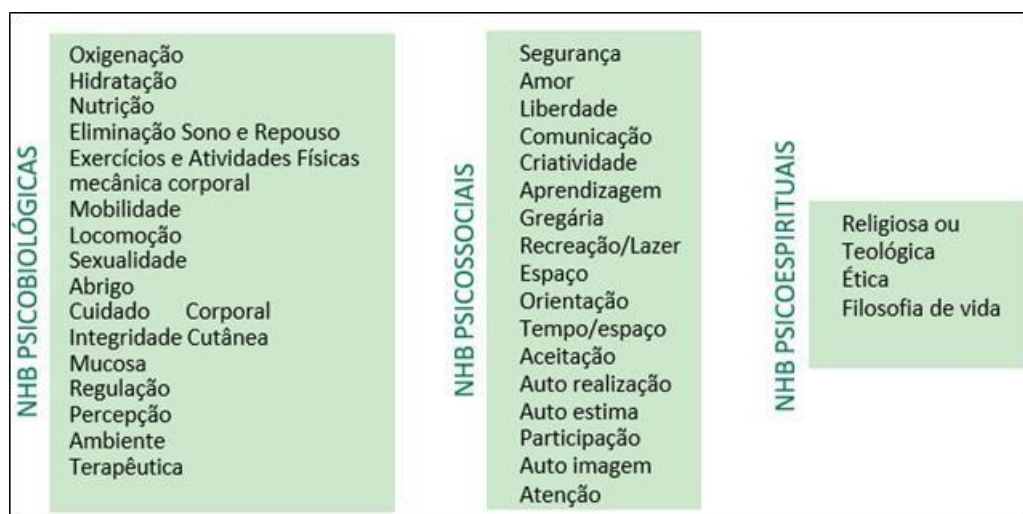
O referencial teórico utilizado como base para fundamentação do protocolo proposta, está pautado na teoria de Wanda de Aguiar Horta. Com o olhar fundamentado nesta teoria particularmente para a enfermagem, vem com respaldo científico dentro de todo seu processo de trabalho, com perspectiva metodológica de fundamentar e respaldar as ações desenvolvidas dentro do processo de enfermagem (HORTA, 2005).

Pode-se destacar que as NHB são interrelacionadas e devem ser ajustadas

sistematicamente e considerar a integralidade do ser humano. Voltadas para um todo indivisível do ser humano de tal forma que, quando uma se manifesta, todas elas sofrem algum grau de alteração. Portanto, as prioridades para a assistência de enfermagem devem ser pautas com olhar direcionado para dados objetivos e subjetivos do ser humano (CRISTINA et al., 2014).

Nessa perspectiva reconhecemos o atendimento das necessidades humanas básicas, como elementos norteadores da prática da equipe de enfermagem e que se relacionam aos cuidados de Enfermagem, em seus três níveis: necessidades psicobiológicas, necessidades psicossociais e necessidade psicoespirituais, conforme a figura 7:

Figura 7 - Necessidade Humanas Básicas



Fonte: Elaborado pela autora (2021). Adaptado de HORTA, (2005).

4.2 Classificação Internacional para a prática de enfermagem (CIPE®)

A Classificação Internacional para a prática de enfermagem (CIPE) é um sistema de classificação de linguagem comum que representa a Enfermagem mundial. Sendo possível através de seus conceitos da prática, os cuidados de enfermagem, possibilitando a comparação de dados de Enfermagem entre populações, estimulando pesquisas e melhor resultados na prática, sendo possível influenciar a melhoria na educação em Enfermagem e políticas de saúde (CUBAS e NOBREGA, 2015).

Após diversos aprofundamentos da CIPE houve mudanças significativas, para o aprimoramento do uso na prática, o que hoje possibilita projetar as necessidades dos pacientes, além do fornecimento de melhores tratamentos de Enfermagem (CUBAS e GARCIA, 2021).

Ao longo dos anos uma redefinição dos eixos possibilitou com que os novos termos distribuídos em seus eixos pudessem compor os diagnósticos, intervenções e resultados de

enfermagem, de acordo com a área de atuação do enfermeiro. Essas composições foram integradas e organizadas conforme seus propósitos específicos, destinados a especialidades ou necessidades apontadas na prática (CUBAS e GARCIA, 2021).

Para utilização da CIPE há regras norteadas pela ISO 18104/2014, que determina como devem ser elencados os diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem. As regras norteadoras são: deverá ser utilizado apenas um termo de cada eixo, ficando a cargo do(a) enfermeiro(a), a escolha de qual termo do eixo e quantos eixos serão utilizados, sabendo que quanto mais eixos utilizados, maiores a especificidade do diagnóstico, resultado e intervenção descrita; ao elencar os diagnósticos ou resultados, deverá ser utilizado obrigatoriamente, um termo do eixo Foco, acrescido de termo do eixo julgamento. O eixo julgamento poderá ser descartado, quando se tratar de achado clínico; as intervenções serão iniciadas obrigatoriamente pelo termo do eixo ação, acrescido de termo que seja o alvo da ação descrita (NÓBREGA, 2012).

A CIPE é um sistema que tem o intuito de uniformizar e estabelecer uma linguagem comum que represente a enfermagem mundial. Possibilitando aos enfermeiros uma linguagem uniformizada para melhorar a prática clínica do profissional (CUBAS e NOBREGA, 2015).

A CIPE utilizada na prática é uma aposta clara, permitindo uma comunicação eficiente e sem ambiguidades entre os diferentes profissionais e organizações, permitindo um melhor cuidado integrado e de qualidade (CUBAS e GARCIA, 2021).

Quadro 1 - Eixos da CIPE (continua)

EIXO	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS
FOCO	Área de atenção relevante para a enfermagem Dor	Dor – Eliminação – Expectativa de vida – Conhecimento
JULGAMENTO	Opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem	Risco de – Aumentado – Interrompido – Melhorado
MEIOS	Maneira ou método de executar uma intervenção	Bandagem – Cateter urinário – Técnica de respiração
AÇÃO	Processo intencional aplicado desempenhado por um cliente	Promover – Encorajar – Entrevistar – Aliviar

Quadro 1 - Eixos da CIPE (conclusão)

TEMPO	O momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência	Admissão – Período – Intermitente
LOCALIZAÇÃO	Orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenções	Anterior – Cavidade torácica – Hospital-dia
CLIENTE	Sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário de uma intervenção de enfermagem	Idoso, Família – Comunidade

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Podemos observar que o documento traz base teórica pautado no subconjunto terminológico da CIPE® para cuidado de Enfermagem para pessoas com Hipertensão e pessoa Idosa na atenção primária, possibilitando diversos benefícios para a enfermagem advindos de uma linguagem unificada, mapeamentos e descrições das ações e melhor identificação dos resultados, o que apoia a documentação sistematizada das ações, favorecendo a segurança no trabalho em enfermagem e a qualificação do cuidado (CUBAS e NOBREGA 2015).

4.3 Modelo de cuidado para doenças crônicas aplicado na área da enfermagem

Levando em consideração uma adaptação do modelo de Cuidado a pacientes crônicos, disponibilizado por Nobrega (2012), podemos entender que um dos pilares do modelo é a organização do funcionamento das redes de atenção à saúde, que deve se articular de forma singular, possibilitando melhor relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, com o foco das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, primando ainda os seguimentos dos determinantes sociais da saúde vigentes em determinado tempo e sociedade (MENDES, 2012).

Destaque que o papel do enfermeiro para este novo modelo adaptado baseia-se no modelo teórico da teoria das Necessidades Humanas Básicas, que visa refletir sobre a necessidade de implementar na sua prática aos cuidados crônicos, ferramentas que norteiem a prática de forma segura, organizada e competente, em que se destaca a utilização do processo de enfermagem, por meio da sistematização da assistência de enfermagem (NÓBREGA, 2012).

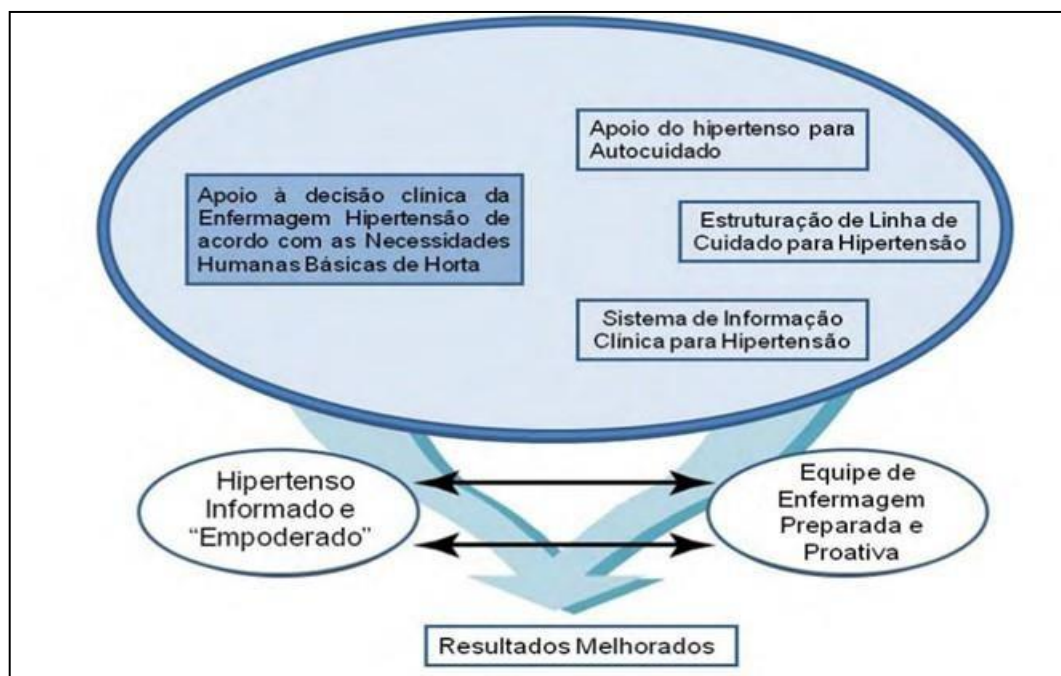
De tal modo os modelos de atenção à saúde foram adaptados, para que pudesse responder, com efetividade, eficiência e segurança, a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas. Com a finalidade futura de utilização de seus elementos, de forma multidimensional ou singular, para reestruturar o processo de cuidar em enfermagem à pessoa

condição crônica (FURTADO; NÓBREGA, 2013).

Dessa maneira, com base na proposta apresentada, considera-se que utilizar o MACC associado à Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Horta poderá favorecer a prática de enfermagem a essa clientela e evidenciar os elementos da prática (diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem) e, conseqüentemente, a visibilidade das competências e das atividades da prática do enfermeiro na atenção às doenças crônicas (NÓBREGA, 2012).

Cabe destacar, com base a descrição dos componentes do Modelo de Cuidados na Doença Crônica (CCM), e a sua aplicabilidade na área da Enfermagem, houve uma reestruturação do modelo o que possibilitou a utilização na proposta de Subconjunto terminológico da CIPE®, no contexto da hipertensão arterial, com foco na atenção básica, por meio de quatro componentes: o apoio para autocuidado do hipertenso; a estruturação de linha de cuidado com a Hipertensão, o apoio à decisão clínica da hipertensão arterial e o sistema de informação clínica para hipertensão (NÓBREGA, 2012). Para a utilização do MACC na enfermagem, o elemento apoio à decisão clínica da hipertensão foi estruturado com base na Teoria das Necessidades Humanas, conforme apresenta-se a seguir:

Figura 8 - Modelo de cuidado para doenças crônicas aplicado na área da Enfermagem



Fonte: Adaptado de NÓBREGA (2012).

4.4 Política Nacional da Saúde da População Idosa.

Com a criação e regulamentação da Política Nacional do idoso (PNI) em 1994 e estatuto do idoso em 2003, podemos destacar muitos benefícios e garantias para a população idosa de hoje e do futuro, para que tenham melhor qualidade de vida, pois através destas regulamentações é garantido muitos dos direitos em questões como: saúde, trabalho, assistência social, educação, cultura, esporte, habitação e meios de transportes e outros (IBGE, 2019).

Visando a ampliação das melhores ações voltada para a saúde da população idosa criou-se a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) no ano de 1999, e em 2006 teve uma readequação da PNSI, sendo implementada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Tendo esta política a finalidade primordial promover, manter e recuperar a autonomia e a independência dos indivíduos idosos (BRASIL, 2018).

Podemos destacar alguns pontos abordados na política, sendo essenciais para à manutenção da PNSPI: promoção do envelhecimento mais ativo e saudável; atenção integral à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS envolvidos no cuidado ao idoso; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2015).

Contudo, observa-se grandes desafios para a implementação desta política, apesar de alguns avanços no contexto, as pessoas idosas e suas especificidades permanecem muitas vezes invisibilizadas, provocando a perda de oportunidades para intervenções sociais e sanitárias adequadas e a sobrecarga dos serviços de saúde especializados (BRASIL, 2018). Cabe destacar, que a PNSPI impacta diretamente no sistema de saúde, trazendo demandas diferenciadas que exigem respostas mais efetivas para os indivíduos e para a sociedade.

Essa Política contribui para o fortalecimento da fundamentação teórica deste estudo, respeitando um arcabouço teórico para melhor instrumentalizar a estruturação do protocolo seguindo o disposto na PNSPI. A enfermagem, cabe a verificação de possíveis barreiras que impeçam o cumprimento dos direitos da pessoa idosa, bem como a defesa desta, na prática clínica cotidiana (SAMARTINI; CÂNDIDO, 2021).



MATERIAL E MÉTODO

5 MATERIAL E MÉTODO

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo ancorado nos fundamentos da pesquisa metodológica, desenvolvido em três etapas: 1^a) levantamento das produções científicas sobre os protocolos de enfermagem para a assistência e cuidado na atenção especializada por meio de uma revisão integrativa da literatura; 2^a) levantamento das experiências dos enfermeiros que prestam assistência e cuidado à pessoa idosa nos Centros de Atenção Integral à Melhor Idade através de entrevistas semi-estruturada; e 3^a) a confecção de um protótipo de protocolo de enfermagem com orientações para o enfermeiro que cuida da pessoa idosa com hipertensão atendida e acompanhada pelos Centros de Atenção Integral à Melhor Idade em Manaus.

5.2 Primeira etapa: levantamento das produções científicas disponíveis

5.2.1 Revisão Integrativa da Literatura (RIL)

Para a realização desta etapa, este estudo contou com um subprojeto “*Produção científica sobre os protocolos de assistência para o enfermeiro na atenção especializada: uma revisão integrativa da literatura*” – (PIB-S/0324/2019), vinculado ao Programa de Iniciação Científica (PIBIC 2019/2020) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), havendo a participação de uma acadêmica do curso de graduação em Enfermagem que recebeu bolsa de iniciação científica ao longo de um ano da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da UFAM.

Com o objetivo de sintetizar o conhecimento, referente às produções científicas sobre os protocolos de enfermagem para a assistência e cuidado na atenção especializada: uma revisão integrativa da literatura. A RIL foi elaborada a partir de seis fases, conforme proposto por Ganong (1987), a saber:

1^a Fase: Identificação do tema e questão de pesquisa. Utilizou-se nesta fase a estratégia PICO para definição da pergunta (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Como forma de conduzir esta revisão, formulou-se a seguinte questão norteadora. O que a literatura científica tem disponibilizado, nas bases de dados, acerca dos protocolos de enfermagem para a assistência e cuidado de hipertensos na atenção especializada?

Quadro 2 - Utilização da estratégia PICO

PICO	Descritores
População	Pessoas hipertensas
Intervenção	Assistência e Cuidados de Enfermagem
Comparação	Não há
Desfecho	Hipertensão Arterial
Resultado	Práticas e/ou Ações de Enfermagem na Atenção Especializada

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

2ª Fase: Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de artigos. O levantamento da literatura foi realizado nas seguintes bases de dados:

- a) Primários: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Portal de Periódicos CAPES, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Scholar.
- b) Para levantamento das informações do estudo foi estabelecido o uso de descritores de saúde para facilitar nas buscas dentro das bases de dados primários e secundários. Elencou-se como descritores MeSH: com o uso dos descritores: “protocolos de enfermagem”, “avaliação em enfermagem”, e “hipertensão”
- c) Para cruzamento destes descritores utilizamos os operadores booleanos (AND) e (OR).

Os critérios de inclusão utilizados nesta etapa serão: artigos originais, nos idiomas português, inglês e espanhol, com seus resumos disponíveis na íntegra, artigos dos anos de 2001 a 2019; serão excluídos estudos e pesquisas não disponíveis de forma integral, bem como editoriais, cartas, artigo de opinião, comentários, documentos oficiais de programas nacionais e internacionais e estudo de reflexão.

Cabe ressaltar que nesta fase a seleção dos estudos passou por duas avaliações para seleção:

- 1) Seleção de título e resumo.
- 2) Seleção de texto na íntegra.

3ª Fase: Definição das informações a serem extraídas dos artigos. Para essa etapa elaborou-se um instrumento para auxiliar na coleta de dados, contendo informações pertinentes aos estudos inclusos para a revisão da literatura. Além da utilização nesta fase da *Preferred*

Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses - Recomendação Prisma (Anexo A).

4ª Fase: Análise dos estudos selecionados. Nesta fase utilizou-se com mais afinco o rigor metodológico e características de cada estudo para a obtenção dos resultados.

5ª Fase: Interpretação dos resultados. Neste momento se realizará a interpretação e análise dos dados, sendo possível ainda fazer levantamento de possíveis lacunas existentes, sendo possível delimitar as prioridades definidas no estudo. Além de possibilitar conclusões e inferência de vieses.

6ª Fase: Apresentação da Revisão Integrativa. Para finalizar contou-se com dados claros e completos da avaliação, além de conter informações pertinentes e detalhadas sobre a pesquisa aventada como pergunta chave do estudo.

5.3 Segunda etapa: levantamento de dados com os profissionais enfermeiros que atuam na atenção especializada

5.3.1 Delineamento do estudo

Estudo descritivo de abordagem qualitativa por meio de entrevista semiestruturada disponível no Apêndice C, com os enfermeiros da atenção especializada que prestam atendimento e cuidado a pessoa idosa.

5.3.2 Sujeitos

Os participantes foram os enfermeiros e que atuam na rede especializada de atenção ao idoso e que consentiram em participar do estudo. A amostra consistiu em quatro enfermeiras.

Os profissionais participaram após recebimento da carta convite como (Apêndice A) a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) como (Apêndice B), de modo voluntário e respeito ao anonimato e sigilo lhes serão garantidos.

5.3.3 Critérios de elegibilidade

Critérios de Inclusão

- a) Ser Enfermeiro (a);
- b) Atuar na área Assistencial de atenção ao idoso.

Critérios de Exclusão

- a) Está afastado de suas atividades laborais por férias ou licença de qualquer natureza.

5.3.4 Riscos e Benefícios da Pesquisa

5.3.4.1 *Riscos*

Para a realização desta pesquisa, houve riscos de cunho psíquicos, decorrentes das falas dos participantes envolvidos, pois poderiam apresentar durante a entrevista e coleta de dados, desconfortos e/ou incômodos, medos, angústias. No entanto, para minimizar a ocorrência destes riscos lhes foram assegurados o anonimato e o sigilo dos dados coletados, resguardo das opiniões dos participantes e disponibilização dos resultados somente para composição do banco de dados da pesquisa.

Foram adotadas medidas de orientação prévias quanto a esses possíveis desconfortos e se caso fosse necessário, haveria o encaminhamento dos participantes, para acompanhamento psicológico no serviço de psicologia da Universidade Federal do Amazonas, por meio dos setores de atendimento gratuito à comunidade (Anexo C) Despacho Centro de Psicologia.

Diante dos riscos de ocorrer sentimentos de constrangimento frente a alguma pergunta proveniente da coleta de dados, poderia ser tomadas medidas que permitissem aos sujeitos interromper a entrevista a qualquer momento sem prejuízo para o participante.

5.3.4.2 *Benefícios*

De modo geral, os benefícios deste estudo permitiram identificar a organização do cuidado de enfermagem prestado a pessoa idosa hipertensa nas unidades da atenção especializada do SUS em Manaus. Outro benefício que cabe destacar é o protagonismo do Enfermeiro frente a tomada de decisão ao cuidado prestado a pessoa idosa Hipertensa, promovendo medidas que melhorem a qualidade de vida e saúde da pessoa idosa.

5.3.5 Instrumentos de Coleta de Dados

É extremamente relevante ressaltar que a entrevista ocorreu de modo on-line através do Google Meet, uma plataforma de serviço de comunicação por vídeo desenvolvido pelo Google, que permite fazer videochamadas on-line, de forma segura. Essas videochamadas foram

gravadas por segurança. Esta modalidade foi proposta por conta da pandemia causada pela COVID-19, evitando contato pessoal e resguardando a segurança dos participantes da pesquisa. Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice C) previamente elaborado para atender aos objetivos do estudo e assim compreender a percepção dos atores previstos como sujeitos/objeto da investigação.

O roteiro consistiu em fazer um levantamento da prática assistencial desenvolvida pelos enfermeiros dentro do processo. Permitindo que a coleta de dados possa obter informações das práticas desenvolvidas pelos enfermeiros no contexto atual.

5.3.6 Processo de produção e análise dos dados com o uso IRAMUTEQ

Buscando desvelar o que os enfermeiros atuantes na assistência especializada a pessoa idosa com hipertensão realizam dentro das unidades dos CAIMI's em Manaus, optou-se pela utilização de uma ferramenta de análise lexical para o tratamento do conteúdo fornecido pelos participantes, no sentido de realizar a inferência e interpretação dos resultados que apresentam teor mais significativo para o estudo.

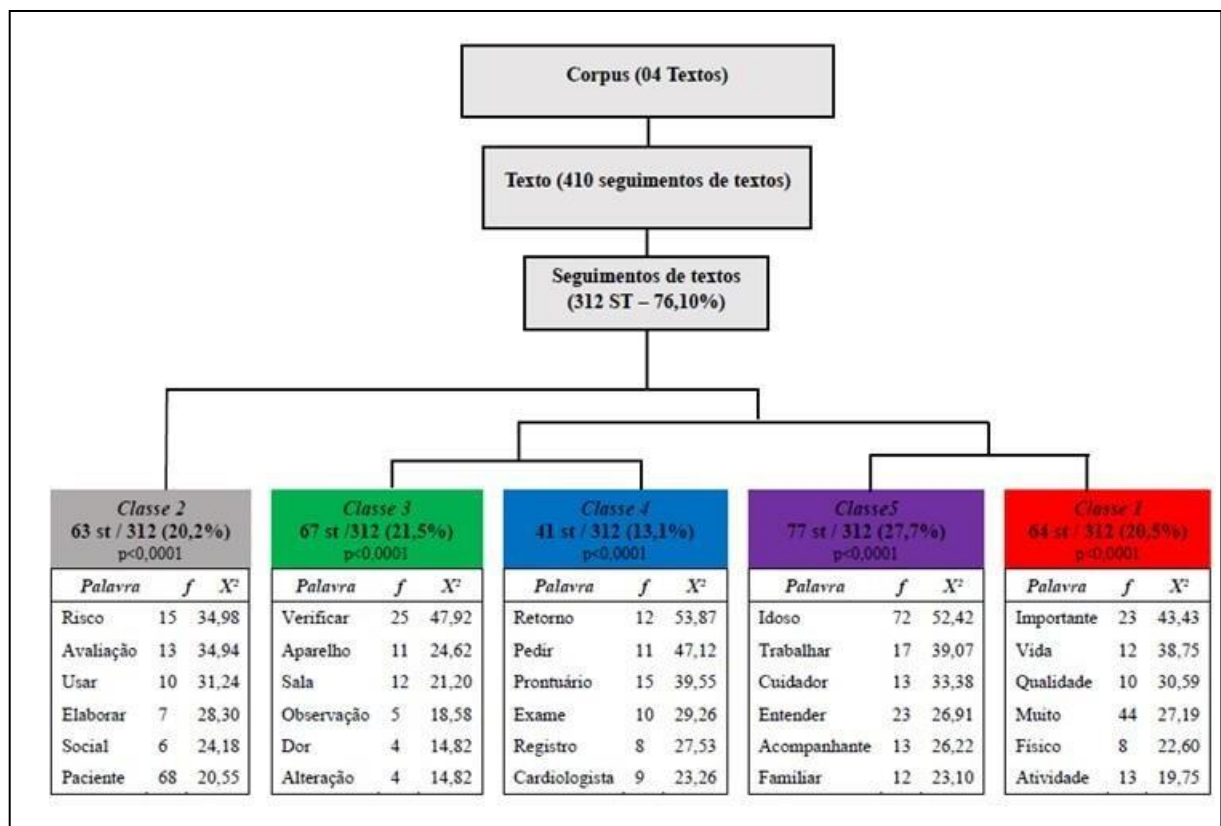
No primeiro momento o software realizou a análise estatística do “corpus textual”, previamente preparado e tratado para que pudesse ser submetido ao programa, e obtivesse êxito na leitura. O corpus foi construído por quatro textos que representa cada uma das quatro entrevistas realizadas. Em seguida, houve fragmentação do corpus pelo software em 410 segmentos de texto (ST), onde 312 ST foram aproveitados o que representou 76,10% desse total. Sendo cada ST, constituído das palavras encontradas em trechos do corpus textual, com aproximadamente 3 linhas.

Emergiram 14320 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos) do produto desse aproveitamento do corpus, destas 1288 são palavras distintas (palavras diferentes) e 1421 tiveram uma única ocorrência denominada pelo programa.

Para preparação dos *Corpus* a CHD (Categoria Hierárquica Descendente) foi utilizada etapas detalhadas a seguir, inicialmente foi realizada a preparação do texto inicial (corpus textual); em seguida a CHD, realizada pelo software, e a interpretação das classes. Sendo assim, o *Corpus* passou a ser composto por 5 Classes, e para cada uma delas foi computada e atribuída uma lista de palavras mais significativas que as traduzem e através do teste qui-quadrado (χ^2) e $p < 0,0001$, foi atribuída orça estatística e a frequência (f) de suas ocorrências, agrupando as palavras que ocorreria e aplicando as palavras comuns entre si e diferentes entre elas.

Para haver melhor compreensão do que foi descrito acima sobre a organização do *Corpus*, elaborou-se um organograma a partir do *phylograma* fornecido pelo IRAMUTEQ que demonstra as classes e listas de palavras, com sua frequência (*f*) de ocorrências geradas a partir do qui-quadrado (χ^2). Após isso, foi apresentada graficamente a formação do *Corpus*, do fragmento do texto em seguimentos, do grau de aproveitamento e apresentada a lista de palavras, formas de vocabulário agrupados por classe e as ocorrências diferentes agrupadas entre as classes emergentes, apresentados na figura a seguir.

Figura 9 - Dendograma do tipo Phylograma. Manaus, AM, Brasil, 2021



Fonte: Análise de dados pelo IRAMUTEQ, 2021. Elaborado pela autora (2021).

Após o processamento das informações dentro do software, realizou-se o procedimento de análise e interpretação dos conceitos e ideias que aparecem nas classes, que demandou do pesquisador uma forte necessidade de concentração, leitura e imersão nos sentidos das palavras que originaram cada classe formada.

Em seguida, iniciou-se a etapa que se refere ao tratamento, inferência e interpretação das cinco classes geradas e ordenadas hierarquicamente pelo IRAMUTEQ. Realizou-se a análise e interpretação de forma exaustiva levando em conta a ocorrência de palavras significativas e os textos provenientes dos relatos dos participantes com o objetivo de produzir as categorias temáticas. Para o estudo, pautou-se na intenção da investigação, seguindo o

método de Bardin, de modo a produzir inferências que sejam válidas (SANTOS, 2012).

Diante da releitura dos segmentos de texto do material que foi transcrito associado à interpretação da ocorrência das palavras com maior força, os cenários foram identificados e o tema central foi inferido em cada uma das classes emergentes, formando as categorias sendo sustentadas pelas produções existentes sobre o objeto de estudo.

5.3.7 Categorização dos dados

A categorização se definiu a partir da classificação dos elementos que se compõem um conjunto por diferenciação, seguido pelo reagrupamento segundo o gênero, com critérios definidos previamente (OLIVEIRA, 2008).

Por fim, a partir da análise dos resultados, alcançaram-se as seguintes categorias e subcategorias, demonstradas no quadro abaixo:

Quadro 3 - Categorias temáticas das experiências dos profissionais enfermeiros que atuam na atenção especializada. Manaus, AM. 2021

CLASSE	CATEGORIAS	TEMÁTICAS
Classe 4	Domínio 1	O início do processo de enfermagem no cuidado da pessoa idosa hipertensa
Classe 3		
Classe 2	Domínio 2	Consulta de Enfermagem e Avaliação Multidimensional do Idoso na Atenção Especializada
Classe 5	Domínio 3	O tecer das redes: de apoio e de atenção e serviços de saúde
Classe 1	Domínio 4	Promoção de cuidado e saúde para a pessoa idosa hipertensa

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

5.3.8 Aspectos Éticos

A coleta de dados iniciou-se após a assinatura do termo de anuência pela Secretaria de Estado de Saúde (SUSAM) (Anexo B), após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) sob o número CAAE: 45179521.0.0000.5020 (Anexo A), número do parecer: 4.659.581 e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes da pesquisa, após o conhecimento do estudo e esclarecimento de dúvidas, cumprindo os requisitos de respeito aos direitos dos indivíduos sujeitos da pesquisa, atentando-se para os princípios éticos de benefícios

do estudo, privacidade, não maleficência, justiça, autonomia e veracidade (BRASIL, 2008).

Respeitando a Resolução 466/2012 sobre pesquisa com seres humanos. Antes de assinarem o TCLE os participantes foram orientados quanto aos riscos e benefícios da pesquisa, da possibilidade de poderem desistir da sua participação a qualquer momento sem prejuízo do seu atendimento, protegendo assim o sujeito da pesquisa, mantendo a identidade em sigilo, proporcionando segurança também para o pesquisador, que por este meio manifesta seu respeito à ética durante o desenvolvimento do trabalho.

5.4 Terceira etapa: confecção do protótipo do protocolo de enfermagem: uma proposta de cuidado para a pessoa idosa com hipertensão na atenção especializada

5.4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva por focar a confecção do protótipo de instrumento que possa aprimorar a pesquisa e/ou a prática. Pautou-se no levantamento das melhores evidências, de maneira que o conhecimento que advém de pesquisas científicas feitas com grande rigor metodológico, produzissem resultados robustos, confiáveis e aplicáveis na prática clínica.

Cabe ressaltar que esta etapa foi desenvolvida tendo como suporte das etapas 1 e 2. Na qual foi possível a junção do conhecimento científico e da interação entre as etapas desenvolvidas.

Para tanto, foram selecionados os conteúdos temáticos da etapa 2, sendo organizado e sumarizados na proposta do protótipo o que permitiu a produção tecnológica aventada neste estudo, e em seguida houve o suporte técnico de um designer gráfico para o produto técnico tecnológico.

A photograph showing a caregiver in light blue scrubs and a face mask assisting an elderly person with a cane. The elderly person is wearing a striped shirt and a face mask. They are in a living room setting with a couch and a plant in the background. The image is overlaid with a semi-transparent white filter.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Etapa 1ª: Revisão Integrativa da Literatura

Os dados referentes a este artigo seguiram aos itens recomendados para artigos de revisão da Revista Enfermagem em Foco.

PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE OS PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM PARA A ASSISTÊNCIA E CUIDADO DE HIPERTENSOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Extraído da dissertação: “Protocolo de enfermagem: uma proposta de cuidado para a pessoa idosa com hipertensão na atenção especializada”, Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Federal do Amazonas, 2021.

Resumo

Objetivo: Identificar as produções científicas disponíveis na literatura acerca dos Protocolos de Enfermagem com enfoque na assistência à pessoas com hipertensão arterial. **Método:** Revisão integrativa com busca nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Portal de Periódicos CAPES, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e documentos publicados em sites de órgãos públicos. **Resultados:** a amostra final foi constituída por 22 artigos, publicados no período de 2001 a 2019. Entre as práticas assistenciais dos enfermeiros, os domínios mais evidenciados foram “consulta de enfermagem” e “educação em saúde”. Os estudos direcionados apenas para a instrumentalização da enfermagem frente à Hipertensão se mostraram escassos dentro das bases de dados, sendo encontrados em maior número documentos elaborados e disponibilizados por órgãos públicos.

DESCRITORES: Avaliação em enfermagem; Protocolos de enfermagem; Hipertensão.

Introdução

A enfermagem pode ser definida como uma profissão comprometida com a saúde e bem estar do indivíduo e da coletividade, na qual os profissionais atuam desde a prevenção e promoção da saúde, à recuperação das pessoas (RESOLUÇÃO COFEN N° 564/2017). Sendo assim, o trabalho da enfermagem pode ser subdividido em diversos âmbitos, que integram pesquisa, ensino, gerenciamento, e assistência, sendo a prática assistencial uma das principais áreas de atuação do enfermeiro (PERES; CIAMPONE, 2006).

O processo assistencial que será desenvolvido para cada paciente é de competência do enfermeiro, portanto, o profissional tem o dever de buscar, analisar e adequar uma linha de cuidados que esteja de acordo com as especificidades de cada caso, tendo como base as evidências científicas abordadas na literatura. Sendo assim o processo de enfermagem deve ser

fundamentado em um suporte teórico que oriente o profissional durante a tomada de decisão, no planejamento da intervenção e posteriormente, na avaliação dos resultados alcançados (RESOLUÇÃO COFEN- 358/2009).

Em meio às evidências científicas disponíveis, encontram-se diversos guias assistenciais com a função de auxiliar os enfermeiros, e entre eles estão inseridos os protocolos de enfermagem. Os protocolos têm como principal finalidade nortear e instruir os profissionais durante as decisões assistenciais, podendo prever ações de diagnóstico, intervenção, tratamento, e promoção da saúde, possibilitando assim o aprimoramento da assistência ao paciente, tornando-a eficaz e padronizada, e possibilitando a prática sustentada em evidências científicas (PIMENTA et al., 2015).

No presente estudo, realizou-se uma revisão integrativa sobre os protocolos de enfermagem na atenção especializada, com enfoque nas intervenções e condutas a serem seguidas em pacientes portadores de hipertensão arterial (HA) e fatores associados.

A hipertensão arterial é uma doença crônica não transmissível (DCNT), caracterizada pela elevação persistente do nível da pressão sanguínea nas artérias (igual ou $> 140/90$ mmHg), e em grande parte dos casos está associada ao desenvolvimento de complicações como Acidente Vascular Encefálico (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Insuficiência Cardíaca. (MOURA et al., 2011).

Em 2017, dados obtidos através do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) revelaram que no Brasil, foram registradas 141.878 mortes causadas por hipertensão e/ou eventos relacionadas a ela, e ainda que a maior parte dos grupos acometidos pela doença são os idosos acima de 65 anos. (BRASIL, 2019).

Ao analisar a taxa de mortalidade relacionada à hipertensão, e o fato de grande parte da população ser diagnosticada com a doença, constata-se a extrema importância de que a assistência e os cuidados dirigidos ao indivíduo com hipertensão e os eventos associados a ela sejam fundamentados em documentos regulamentados e que estabeleçam critérios para um tratamento padronizado e eficaz.

Sendo assim, as considerações anteriores justificam a importância desta revisão integrativa, a qual possibilitará a identificação e análise do que a literatura disponibiliza para os profissionais da enfermagem acerca dos protocolos assistenciais.

Diante do exposto, a seguinte questão foi levantada: O que a literatura científica tem disponibilizado, nas bases de dados, acerca dos protocolos de enfermagem para a assistência e cuidado de hipertensos na atenção especializada? Frente às colocações citadas acima, este

manuscrito tem como objetivo identificar as produções científicas disponibilizadas nas bases de dados acerca dos protocolos de enfermagem para a assistência e cuidado de hipertensos na atenção especializada.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que inclui a identificação e análise de produções científicas acerca do tema proposto. Para a elaboração da seguinte revisão, foram percorridas as seguintes etapas: (1) identificação do tema e questão de pesquisa; (2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de artigos; (3) definição das informações a serem extraídas dos artigos; (4) análise dos estudos selecionados; (5) interpretação dos resultados e (6) apresentação da revisão.

Para orientar a revisão integrativa, foi formulada a seguinte questão: o que a literatura científica tem disponibilizado, nas bases de dados, acerca dos protocolos de enfermagem para a assistência e cuidado de hipertensos na atenção especializada?

Para o levantamento bibliográfico, foi realizada busca nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Portal de Periódicos CAPES, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Google Scholar*, com o uso dos descritores: “protocolos de enfermagem”, “avaliação em enfermagem”, e “hipertensão”, e utilizou-se o operador booleano “AND”. Além das bases de dados, foram consultados documentos publicados nos sites de órgãos públicos municipais, estaduais e nacionais, como o Ministério da Saúde (MS) e o Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

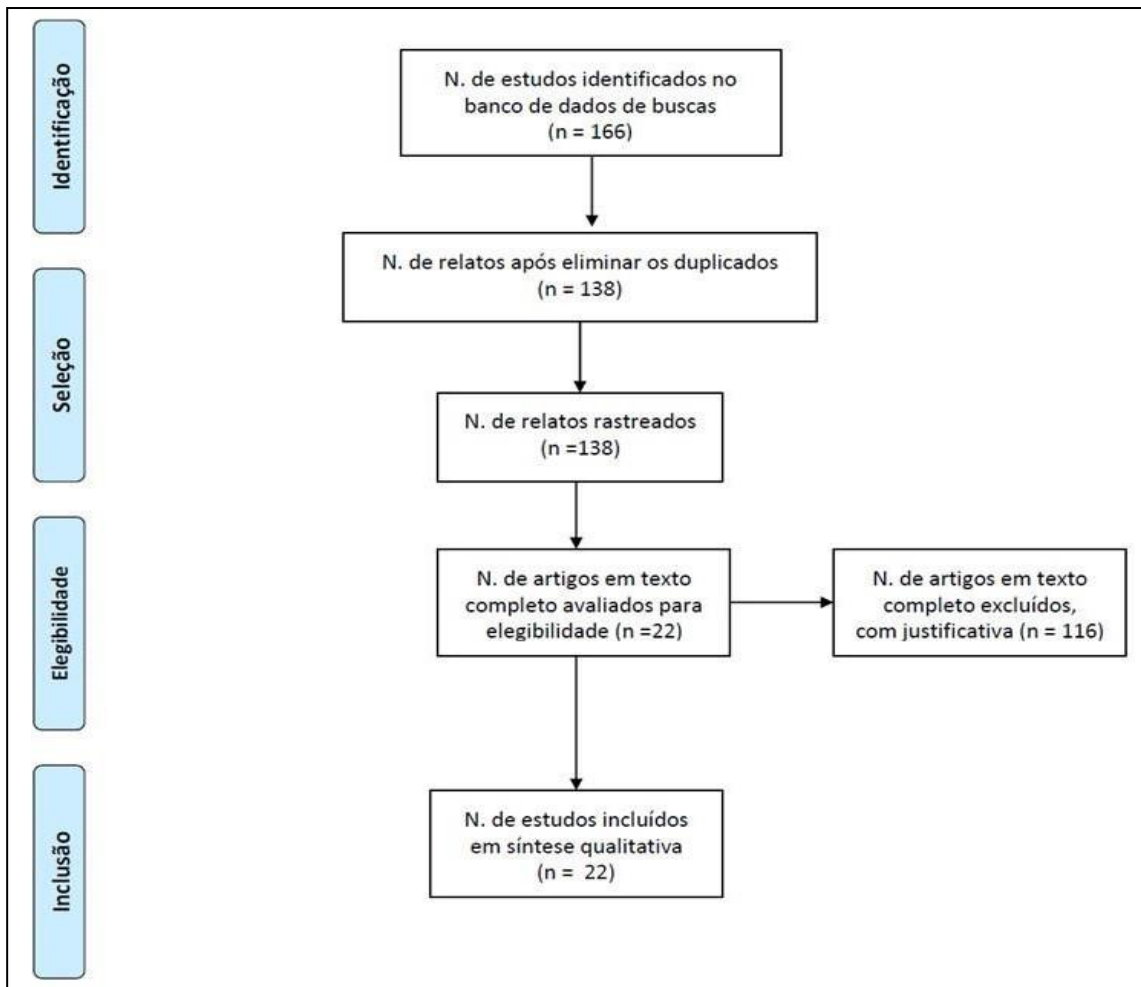
Os critérios de inclusão foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol, e que possuam o resumo e texto completo disponível para análise. E como os critérios de exclusão, optou-se por: artigos que não estejam disponíveis online, e que não atendam aos critérios de inclusão descritos anteriormente. Seguindo os critérios de inclusão e exclusão mencionados, foram pré-selecionados 166 artigos, com base em seus temas e resumos.

Após a pré-seleção, foi elaborada uma tabela contendo dados específicos dos artigos, que foi utilizada como instrumento de coleta e análise de dados, e que possibilitou a organização das informações extraídas. A tabela contém os seguintes itens: identificação do tema, ano de publicação, identificação dos autores, objetivo do estudo, resultados/conclusão, e referências do artigo.

O processo de análise dos dados foi realizado a partir da leitura das informações contidas na tabela de revisão, e após a leitura, foram excluídos 28 artigos duplicados, e posteriormente realizou-se a leitura do texto completo dos demais estudos, e baseado nos critérios de inclusão

e exclusão mencionados anteriormente, foram excluídos 116 artigos, sendo assim, a amostra final foi constituída por 22 estudos (Figura 10).

Figura 10 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos acerca dos protocolos de enfermagem para a assistência e cuidado de hipertensos na atenção especializada



Fonte: Adaptado da recomendação PRISMA

A apresentação dos resultados será feita de forma descritiva, e o dados obtidos a partir da leitura dos artigos serão distribuídos em forma de quadros, contendo informações que incluem: nome do artigo, periódico/base de dados, ano de publicação, objetivo do estudo e autores.

Resultados

No quadro 4 é possível analisar as informações sintetizadas após a leitura dos artigos incluídos na revisão, que incluem Título, Ano, Autor, Periódico/ou em que se localizam e objetivos.

Quadro 4 - Sintetização dos dados obtidos através da leitura dos artigos (continua)

Título do Estudo	Ano	Autor(es)	Título do Periódico	Objetivo
A atenção da enfermeira à saúde cardiovascular de mulheres hipertensas	2009	ana Santos de Assis; et al.	Revista de Enfermagem Escola Anna Nery	Estimar a frequência de hipertensão arterial na clientela feminina atendida; traçar o perfil de risco para as doenças cardiovasculares dessa clientela e elaborar um plano de intervenções baseado em seu perfil.
Atuação do enfermeiro no acolhimento à hipertensão arterial sistêmica	2019	ristiano Lúcio Costa Junior	Boletim de conclusão de curso	Sintetizar o conhecimento sobre o trabalho do enfermeiro nas questões da assistência e acolhimento de pacientes
Cuidar/cuidado do usuário com hipertensão arterial sistêmica na Estratégia de Saúde da Família: uma proposta de protocolo assistencial para enfermeiros	2014	ynthia Assis de Barros Nunes	Monografia	Construir uma proposta de protocolo assistencial de assistência do Enfermeiro a pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica na Estratégia de Saúde da Família.
Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos	2010	Ana Gabriela Mota Pereira de Menezes; Débora Gobbi	O Mundo da Saúde	Ressaltar a importância da implantação de métodos preventivos em pacientes hipertensos para evitar complicações; propor intervenções de enfermagem; identificar ações de educação em saúde no Programa de Saúde da Família (PSF) para familiares e pacientes.
Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica/ Caderno nº 35	2014	Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde	Ministério da Saúde	Este Caderno destaca a importância atual das condições crônicas, e apresenta diretrizes para a organização do cuidado. Inclui ainda estratégias para mudança de hábitos, promoção da alimentação saudável e prática de atividade física, abordagens para construção e acompanhamento dos planos de cuidado e de apoio ao autocuidado.
Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica/ hipertensão arterial sistêmica/ caderno nº 37	2013	Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde	Ministério da Saúde	Espera-se que este Caderno de Atenção Básica auxilie no processo de educação permanente dos profissionais de Saúde da AB e apoie na construção de protocolos locais que organizem a atenção à pessoa com doença crônica.

Quadro 4 – Sintetização dos dados obtidos através da leitura dos artigos (continuação)

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): PROTOCOLO	2001	Ministério da Saúde/ Departamento de Atenção Básica	Ministério da Saúde	Vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços.
Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde	2006	Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde	Ministério da Saúde	Proporcionar uma visão prática e didática sobre os principais conceitos vigentes sobre hipertensão arterial, seus fatores de risco e suas complicações e é dirigido aos profissionais de saúde, visando reduzir o impacto destes agravos na população brasileira.
Hipertensão: manejo clínico da hipertensão em adultos	2013	Secretaria Municipal de Saúde/Superintendência de Atenção Primária.	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.	Orientar a assistência clínica nas unidades de APS na cidade do Rio de Janeiro
Linha de cuidado à pessoa com hipertensão arterial sistêmica	2019	Secretaria de Estado da Saúde/ Superintendência de Planejamento em Saúde.	Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.	Apresentar estratégias que facilitem o desenvolvimento de atividades de detecção precoce da HAS e seu controle.
Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus	2002	Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde	Ministério da Saúde	Subsidiar tecnicamente os profissionais da rede de atenção básica uma perspectiva de reorganizar a atenção à hipertensão arterial – HA e ao diabetes mellitus – DM.
Práticas de cuidado dos enfermeiros a pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis	2018	Renata Machado Becker; et al.	Lista Brasileira de Enfermagem	Compreender as práticas de cuidado a pessoas com Doença Crônica Não Transmissível, desenvolvidas pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de um município do sul do Brasil.
Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica.	2006	Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica	Ministério da Saúde	Esse protocolo é uma proposição do Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde, sendo a primeira iniciativa brasileira de ação estruturada e de base populacional para a prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares (DCV) e renal crônica em larga escala.

Quadro 4 – Sintetização dos dados obtidos através da leitura dos artigos (continuação)

Programa de Atenção as pessoas com DCNT: protocolo de diretrizes de atendimento - Linha de cuidado: hipertensão e diabetes	2018	Secretaria Municipal de Saúde	Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.	Considerando a gravidade e a magnitude das DCNT e seus fatores de risco, reforçamos a importância de as equipes das Unidades de Saúde desenvolverem atividades de prevenção e promoção de saúde, trabalhando a integralidade da atenção e a intersetorialidade.
Protocolo assistencial de enfermagem para o acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial do município de Montes Claros	2017	Dr. Luis Ramos Leal; et al	Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros	Nortear o cuidar da enfermagem fornecendo subsídios técnicos para uma assistência de enfermagem de qualidade; consolidar uma assistência de enfermagem mais resolutiva por meio do alinhamento técnico, e estabelecer orientações para reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde.
Protocolo clínico de avaliação e acompanhamento dos pacientes hipertensos	2013	Juliane Raquel Guimarães Cortes Monteiro	Trabalho de Conclusão de Curso.	Elaborar um protocolo clínico de avaliação e acompanhamento dos pacientes hipertensos, de acordo com as principais abordagens terapêuticas e alternativas de tratamento mais atuais e eficazes.
Protocolo de Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica	2004	Secretaria Municipal de Saúde	Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba	Aprimorar a resolutividade e a qualidade dos serviços municipais de saúde, além de trazer inovações na abordagem que auxiliarão na organização do processo de trabalho.
Protocolo de encaminhamento para atenção especializada – hipertensão e diabetes	2017	Secretaria de Estado da Saúde	Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo	A presente iniciativa favorece o manuseio em conjunto dos agravos em questão, objetivando-se a redução do seu impacto junto à morbimortalidade das DANTs.
Protocolo de enfermagem para atendimento de crise hipertensiva em unidade de emergência	2014	Vanessa de Lima Braga	Monografia	Elaborar um protocolo de atendimento de emergência aos pacientes com HAS, tendo em vista um atendimento rápido e sistematizado.
Protocolo de enfermagem Volume 1: Hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares	2015 (atualizado em 2020)	Secretaria Municipal de Saúde	Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis	Validar a prática de enfermagem através de um guia simples e prático, para consulta do profissional de enfermagem no tocante a prescrição de medicamentos e solicitação de exames referentes às condições descritas.

Quadro 4 – Sintetização dos dados obtidos através da leitura dos artigos (conclusão)

Protocolo de hipertensão arterial / risco cardiovascular	2011	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte	Construir a Linha de Cuidado para as DCNTs sugerindo uma programação de acompanhamento dos indivíduos e promovendo a integralidade da assistência.
Protocolo de hipertensão arterial sistêmica	2016	a Veiga Mottinda Silva	Monografia	Instrumentalizar os profissionais; sistematizar e orientar medidas de prevenção, detecção, controle e vinculação dos hipertensos; reconhecer as complicações da HAS, possibilitando a reabilitação psicológica, física e social dos portadores dessas enfermidades.

Os 22 artigos incluídos na revisão estão divididos em: monografias (3), trabalhos de conclusão de curso (2), documentos publicados em sites de órgãos públicos municipais e estaduais (14), e artigos publicados em revistas científicas (3). Os periódicos evidenciados foram Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery, O Mundo da Saúde, e Revista Brasileira de Enfermagem, e os estudos foram publicados entre os anos de 2001 a 2019, sendo que um dos protocolos foi revisado recentemente, em 2020.

Todos os documentos incluídos foram produzidos e publicados em território nacional, visto que os achados internacionais não possuíam o texto completo online para leitura na íntegra, ou não estavam de acordo com os critérios de inclusão propostos. Os estudos foram produzidos nos seguintes estados: Distrito Federal (6), Curitiba (1), Espírito Santo (1), Minas Gerais (3), Paraná (1), Rio de Janeiro (2), Santa Catarina (5), e São Paulo (3).

Dentre os 22 estudos (100%), 7 (31,82%) são documentos direcionados exclusivamente aos profissionais de enfermagem, e 15 (68,18%) são direcionados a equipe multidisciplinar.

Na tabela 1, é possível analisar a distribuição dos estudos incluídos de acordo com a temática principal abordada.

Tabela 1 - Distribuição de estudos de acordo com temática principal

Temática Principal	Quantidade de Estudos
DCNT	7
Hipertensão	14
Total	22

Fonte: Neves, 2021.

Discussão

Com relação às ações do enfermeiro frente ao paciente hipertenso, os domínios mais evidenciados nos estudos foram: “consulta de enfermagem”, e “educação em saúde”. A consulta de enfermagem (CE) é a parte fundamental do atendimento, onde será aplicado o processo de enfermagem, regulamentado pela Resolução COFEN nº 358/2009, e que engloba as etapas: histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação da assistência e avaliação das intervenções

(MONTES CLAROS, 2017).

A CE compreende a coleta de dados do paciente, que além de incluir aspectos biológicos como histórico clínico, idade, achados do exame físico e avaliação antropométrica, aborda também aspectos psicossociais, socioeconômicos, e o conhecimento do paciente acerca

da própria doença (BRASIL, 2013; NUNES, 2019).

Na avaliação antropométrica investiga-se o estado nutricional do paciente mediante as informações obtidas a respeito de sua composição corporal, que se dará através das medidas de peso, altura, circunferência abdominal, e cálculo do índice de massa corporal (IMC) (ASSIS et al., 2009). Estas informações são de suma importância visto que o sobrepeso é um fator que está intimamente relacionado com o desenvolvimento de hipertensão e outras condições associadas (BRASIL, 2014).

Durante a coleta de dados, o enfermeiro deve investigar a presença de fatores de risco que possam ocasionar o desenvolvimento de complicações, e havendo a presença de ao menos um fator, o profissional deverá realizar a estratificação do risco cardiovascular (RCV), que pode ser realizada através do Escore de Framingham ou de outros métodos que constem nos protocolos. Os indivíduos que apresentarem maior probabilidade de futuras complicações serão abordados com outros métodos de intervenções, a ser planejada pela equipe de saúde (BELO HORIZONTE, 2011; RIBEIRÃO PRETO, 2018).

Após a estratificação, o enfermeiro deverá solicitar os devidos exames laboratoriais e complementares instituídos nos protocolos utilizados, como glicemia de jejum e perfil lipídico. Estes exames têm como principal objetivo investigar e monitorar a ocorrência de lesões em órgãos alvo, como coração e rins (MONTEIRO e CADETE, 2013, JUNIOR, 2019). Os estudos (FLORIANÓPOLIS, 2017; RIBEIRÃO PRETO, 2018; MONTEIRO e CADETE, 2013) enfatizaram a educação em saúde como uma das principais ações a ser realizada pelo enfermeiro dentro da consulta de enfermagem, pois é nesta etapa que o profissional fornece informações acerca da doença, suas possíveis complicações, e seu manejo, além de orientar o paciente sobre a importância da adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, e as mudanças nos estilos de vida que deverão ser adotados.

As ações educativas devem abranger informações sobre o tratamento medicamentoso, incluindo dosagem, horários e possíveis efeitos adversos, e o não medicamentoso, nas quais o enfermeiro irá orientar o paciente sobre as modificações do estilo de vida (MEV) a serem adotados, que envolve a adoção de hábitos saudáveis como a prática de atividades físicas, mudanças na alimentação e o autocuidado, além de ressaltar a importância do controle dos fatores de risco modificáveis, como o tabagismo, alcoolismo, e estresse (MONTEIRO e CADETE, 2013; SANTA CATARINA, 2019).

Quanto ao plano terapêutico, o enfermeiro e a equipe de saúde devem estabelecer estratégias que favoreçam a adesão do tratamento, além de administrar serviços como o controle de consultas agendadas e a busca de pacientes que não compareceram (SILVA, 2015).

MENEZES; GOBBI, (2010) relataram o uso do sistema “HIPERDIA”, que é utilizado para gerenciar a atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos. Este sistema estabelece a quantidade de pacientes hipertensos em uma determinada região através do cadastro e acompanhamento dos mesmos, facilitando assim a organização e o planejamento da assistência direcionada a esta população.

A comunicação entre o enfermeiro e o paciente junto de sua família foi outro aspecto apresentado, e é considerado um fator de extrema importância no auxílio a adesão e ao não abandono do tratamento. Além de estabelecer uma comunicação acessível com o paciente, trazendo informações sobre a doença e a importância do plano terapêutico, deve ser desenvolvido um vínculo de confiança com os familiares, orientando-os sobre as alterações a serem adotados dentro do âmbito familiar, e sobre a importância do apoio ao indivíduo durante este processo (MENEZES e GOBBI, 2019).

Diversos estudos avaliaram os benefícios da realização de consultas de enfermagem em grupo, onde uma determinada quantidade de pacientes com a mesma condição, neste caso os hipertensos, são atendidos pelos enfermeiros que integram as atividades clínicas com a prática de educação em saúde. Os atendimentos coletivos proporcionam a comunicação entre os pacientes, o que permite a troca de conhecimentos respeito da própria doença e das práticas saudáveis que devem ser adquiridas (CURITIBA, 2004; SILVA, 2015; ESPÍRITO SANTO, 2017; BECKER et al., 2018).

BRAGA, (2014) apresentou um protocolo para atendimento ao paciente durante uma crise hipertensiva. Frente esta situação, o enfermeiro deve realizar uma avaliação inicial de forma sucinta, que inclui a anamnese e exame físico, e prosseguir com tratamento farmacológico estabelecido pelo médico da equipe, a fim de reduzir a pressão arterial e estabilizar o quadro do paciente em casos de urgência. O enfermeiro deve então acompanhar o quadro clínico e monitorar a evolução do paciente, além de solicitar os exames complementares indicados.

Um estudo descreveu o “acolhimento” como uma estratégia de intervenção da equipe de enfermagem ao paciente com crise hipertensiva. De acordo com JUNIOR, (2019), no acolhimento o enfermeiro deve avaliar os sinais vitais, questionar os motivos que possam ter ocasionado a crise, e então buscar e propor soluções através da comunicação com o próprio paciente, além de intervir com o tratamento prescrito, e orientá-lo na manutenção da saúde (JUNIOR, 2015).

ASSIS et al., (2009) realizou um estudo descritivo sobre o perfil cardiovascular de mulheres hipertensas, o qual indicou que grande parte das pacientes possuíam fatores de risco em comum, como sobrepeso, estresse e sedentarismo, agrupavam-se na faixa etária de 40 a 60

anos, e mais de 60% se autodeclaravam negras ou pardas. Além do histórico clínico da doença, outras características importantes foram avaliadas, incluindo aspectos econômicos, sociais e familiares, associando a influência destas variáveis com a condição de saúde do indivíduo (ASSIS et al., 2009).

Cinco documentos (BRASIL, 2001; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2013; BRASIL, 2014) estão inclusos nas publicações dos Cadernos de Atenção Básica disponibilizados pelo Ministério da Saúde, onde constam documentos que abordam estratégias e ações para prevenir a ocorrência de doenças cardiovasculares e reduzir seu impacto na população, através da capacitação dos profissionais e apoio a construção de outros protocolos acerca desta temática.

Becker et al., (2018) relatou que o uso do protocolo de enfermagem durante o atendimento possibilita uma assistência mais direcionada, promovendo um cuidado padronizado e de qualidade, além de fornecer ao enfermeiro o subsídio adequado para um trabalho com mais autonomia e eficácia.

De acordo com Montes Claros (2017, pág. 2):

“Considerando que o cuidado ao portador de Hipertensão Arterial faz parte do fazer cotidiano da enfermagem, enquanto integrante das equipes de saúde da família, é imprescindível instrumentalizar os enfermeiros, que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, para garantir uma assistência de enfermagem em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e livre de ações de imprudência, imperícia e negligência [...]”

Após análise dos estudos, pode-se constatar que os protocolos e guias assistenciais orientam o enfermeiro desde o primeiro contato com o paciente até a implantação das intervenções é o papel da enfermagem o atendimento a estes pacientes. Como informado anteriormente, grande parte dos estudos incluídos nesta revisão foram elaborados e disponibilizados online através de sites de órgãos públicos, que incluem o Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e as secretarias de saúde de diversas regiões, sendo ainda pouco distribuídos dentre as demais bases de dados consultadas.

Percebe-se que os protocolos assistenciais direcionados a enfermagem na atenção especializada ainda se encontram reduzidos, visto que durante a pesquisa observou-se uma grande quantidade de publicações voltadas para a assistência em outros níveis de saúde, como a atenção básica e primária. Esta limitação pode causar empecilhos no acesso a estes materiais pelos profissionais de saúde, dificultando a sistematização do atendimento ao paciente.

Limitações do Estudo

Considera-se como limitações desta revisão que os estudos ainda são escassos quando se trata de atendimento específico do enfermeiro dentro da atenção especializada a pessoa idosa com hipertensão, e embora a amostra obtida tenha sido uma quantidade satisfatória de artigos que tratavam sobre protocolos, a grande maioria acaba trazendo uma abordagem multidisciplinar. Destaca-se ainda a necessidade de novos estudos que objetivem subsidiar o enfermeiro na assistência especializada, abordando as ações específicas para os enfermeiros, a fim de conferir a capacitação necessária, dando maior autonomia ao profissional para execução de sua prática.

Contribuições para a Prática

A utilização de protocolos possibilita recomendações estruturadas de forma sistemática, baseadas em evidências científicas. Nesta perspectiva, para que haja melhoria do processo organizacional dentro do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro que atua direto com o idoso, o uso de instrumentos técnicos, como os protocolos de enfermagem, possibilita melhor direcionamento e condutas para tomadas de decisões assertivas dentro do serviço.

Considerações Finais

Mediante esta revisão integrativa, constata-se que o enfermeiro tem papel fundamental na assistência ao paciente hipertenso, integrando as intervenções clínicas com as práticas de educação em saúde, e oferecendo um cuidado que abrange os aspectos biológicos, sociais e emocionais do indivíduo.

Visto que a taxa de incidência de Hipertensão arterial possui um crescimento constante na população, e está intimamente relacionada com os óbitos causados por doenças cardiovasculares, faz-se necessário a elaboração de produções científicas acerca desta temática, visando subsidiar teoricamente o atendimento da enfermagem e permitindo a sistematização do cuidado a estas pessoas dentro do sistema de saúde do país.

Referências

ASSIS, Luana Santos de *et al.* A atenção da enfermeira à saúde cardiovascular de mulheres hipertensas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 265- 270, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000200005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: set. 2019. DOI: 10.1590/S1414-81452009000200005.

BECKER, Renata M. *et al.* Nursing care practices for people with Chronic Noncommunicable Diseases. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Florianópolis, v. 71, p. 2643–2649, 2018. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001202643&lng=en&tlng=en. Acesso em: dez. 2019. DOI:10.1590/0034-7167-2017-0799.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de hipertensão arterial/risco cardiovascular** – Belo Horizonte (MG): SMS, 2011.

BRAGA, Tatiana de Lima. **Protocolo de enfermagem para atendimento de crise hipertensiva em unidade de emergência**. 2014. 29p. Monografia (Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem- Doenças Crônicas Não transmissíveis) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/172125>. Acesso em: out. 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. **Resolução nº 564/2017**, aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF, dez. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus: hipertensão arterial de diabetes mellitus** – Brasília: Ministério da Saúde. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** - Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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, 2013.

CASTILHO, Ingrid. Hipertensão é diagnosticada em 24,7% da população, segundo a pesquisa Vigitel. **Ministério da Saúde**, 2019. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45446-no-brasil-388-pessoas-morrem-por-dia-por-hipertensao>. Acesso em: fev. 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem – **Resolução nº 358/2009**, dispõe sobre a

Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, out. 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: fev. 2020.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção à hipertensão arterial sistêmica** – Curitiba: SMS, 2004.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolo de encaminhamento para atenção especializada – hipertensão e diabetes**. 3. ED. – Vitória: Secretaria de Estado da Saúde, 2017.

FLORIANOPÓLIS, Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Enfermagem Volume 1: hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares** - Florianópolis/SC: SMS, Conselho Regional de Enfermagem, 2017.

JUNIOR, Cristiano Lúcio C. **Atuação do enfermeiro no acolhimento à hipertensão arterial sistêmica**. 2019. 20p. Trabalho de Conclusão de Curso – (Bacharel em Enfermagem) - Faculdade Dr. Francisco Maeda, Ituverava, 2019. Disponível em: <http://www.dspace.feituverava.com.br/xmlui/handle/123456789/3229>. Acesso em: set. 2019.

MENEZES, Ana. G.; GOBBI, Débora. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. **O Mundo da Saúde**, v. 35, n. 1, p. 97–102, 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-24458?lang=fr>. Acesso em: dez. 2019.

MONTEIRO, Juliane Raquel G. C.; CADETE, Matilde Meire Miranda. **Protocolo clínico de avaliação e acompanhamento dos pacientes hipertensos**. 2013. 26p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Polo Lagoa Santa, 2013. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7723> Acesso em: nov. 2019.

MONTES CLAROS, Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo assistencial de enfermagem para o acompanhamento da pessoa com hipertensão arterial do município de Montes Claros** – Montes Claros: SMS, 2017.

MOURA, D. DE J. M. et al. Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 4, p. 759–765, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000400020&script=sci_arttext. Acesso em: fev. 2020

NUNES, Cynthia Assis de Barros. **Cuidar/Cuidado do usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica na Estratégia de Saúde da Família: uma proposta de protocolo assistencial para Enfermeiros**. 2014. 38 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas não Transmissíveis) – Universidade Federal de Santa Catarina, Goiânia, 2014. Disponível em: <http://www.dspace.feituverava.com.br/jspui/handle/123456789/3229>. Acesso em: dez. 2019.

PERES, Aida Maris; CIAMPONE, Maria Helena T. Gerência e competências gerais do

enfermeiro. **Texto contexto – Enferm.** Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492- 499, 2006.
Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000300015&script=sci_arttext. Acesso em: jan. 2020.

PIMENTA, Cibele A.M *et al.* **Guia para a implementação de protocolos assistenciais de enfermagem: integrando protocolos, prática baseada em evidência e classificações de enfermagem.** São Paulo: COREN - SP, 2017.

RIBEIRÃO PRETO, Secretaria Municipal da Saúde. **Programa de Atenção as pessoas com DCNT: protocolo de diretrizes de atendimento** - Linha de cuidado: hipertensão e diabetes. – Ribeirão Preto: SMS, 2018.

RIO DE JANEIRO, Secretaria Municipal de Saúde; Superintendência de Atenção Primária. **Hipertensão: manejo clínico da hipertensão em adultos** - Rio de Janeiro: SMS, 2013.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento em Saúde. Diretoria de atenção primária à Saúde. **Linha de cuidado à pessoa com hipertensão arterial sistêmica** - Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde, 2019. SILVA, Juliana Veiga Mottin da. **Protocolo de hipertensão arterial sistêmica.** 2015.30p. Monografia – Universidade Federal do Paraná, Campina Grande do Sul, 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1884/38407>. Acesso em: dez. 2019.

6.2 Etapa 2^a: Apresentação das experiências dos enfermeiros que prestam assistência à pessoa idosa dentro da rede de atenção especializada na saúde do idosa na cidade de Manaus.

6.2.1 Perfil dos participantes entrevistados

Foram entrevistadas quatro enfermeiras que atuam diretamente nos CAIMI's na cidade de Manaus. A média de idade foi de 42,25 anos ($\pm 9,87$). Em relação às características da formação acadêmica das profissionais, observou-se que o tempo médio de conclusão da graduação em enfermagem foi de 17,25 ($\pm 8,84$), com o mínimo de oito anos de formada e no máximo de 29 anos.

Todas as profissionais possuem o curso de especialização lato sensu concluído, com destaque para uma profissional que é especialista em geriatria e gerontologia. Dentre as especializações, somente uma profissional apresenta 2 especializações, na qual uma delas é na área de saúde do idoso com abrangência em geriatria e gerontologia e a outra em urgência e emergência, as outras profissionais apresentam especializações nas áreas de: Atendimento integral à família, Regulação em Saúde, em Saúde da família.

Constatou-se que duas enfermeiras estão atuando na atenção ao idoso há pouco tempo. Tal fato se justifica pelo atual contexto pandêmico no qual se fez necessário readequações da rede de atendimento, uma vez que algumas unidades de saúde foram fechadas, outras entraram em reforma, demandando que os profissionais fossem realocados de acordo com necessidade da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES) para dar suporte aos demais serviços de saúde na capital, nos quais eram feitas as triagens de pacientes sindrômicos gripais, com suspeita de COVID-19.

A partir da análise dos dados, emergiram de 312 segmentos de texto (ST 76,10%), organizadas em 04 domínios, detalhados a seguir, os quais subsidiaram a construção e sistematizações do protótipo.

Quadro 5 - Apresentação dos Domínios

Domínio 1	O início do processo de enfermagem no cuidado da pessoa idosa hipertensa
Domínio 2	Consulta de Enfermagem e Avaliação Multidimensional do Idoso na Atenção Especializada
Domínio 3	O tecer das redes: de apoio e de atenção e serviços de saúde
Domínio 4	Promoção de cuidado e saúde para a pessoa idosa hipertensa

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

6.2.1.1 Domínio 1: O início do processo de enfermagem no cuidado da pessoa idosa hipertensa

Este domínio de análise emergiu a partir da Classe 4 dentro da CHD, na qual as principais palavras que deram sentido a formação categorial foram: Retorno, Pedir, Prontuário, Exame, Registro, entre outras.

Sabe-se que o acolhimento dentro do serviço de saúde é uma das atividades desempenhada por todos os profissionais conforme preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS), e através da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003, reforçando o compromisso de atender a todos os usuários, ouvindo suas demandas e assumindo uma postura capaz de dar respostas adequadas, utilizando todos os meios disponíveis para a resolução de problemas (BRASIL, 2013a).

Observa-se que os profissionais enfermeiros realizam esse acolhimento, como uma das ferramentas tecnológicas de intervenções inseridas na prática cotidiana, seguindo toda a preconização pelo SUS (BRASIL, 2010a). E embora ela, seja diversificada dentro do contexto, ora atendendo questões administrativas, ora fazendo parte da escuta qualificada. Observa-se o não engessamento dessa prática como uma única ação dentro do serviço, sendo este acolhimento realizado de forma abrangente. É importante destacar que essa diversidade de aplicação na prática, torna-se um desafio para os profissionais, para a organização do serviço e para os usuários, conforme relato a seguir.

E o acolhimento é feito, o cadastro e abertura do prontuário dele... (Entrev_02).

Aquela ficha de acolhimento eu olho se é polifarmácia quantos medicamentos ele faz uso (Entrev_04).

Esses depoimentos revelam que há uma sistemática na chegada da pessoa idosa no CAIMI, as falas acima denotam que a enfermagem tem destaque relevante no acolhimento ao

paciente, fazendo com que os profissionais exerçam um papel de referência da equipe para o acolhimento, desempenhando ações e práticas que incluem desde o acesso, bem como as atividades protocolares que possam otimizar o trabalho dos demais membros da equipe multidisciplinar. Este destaque também já foi identificado em estudos realizados dentro da prática assistencial do enfermeiro na atenção básica em saúde, evidenciando que o acolhimento é sem dúvidas um aglomerado de ações, que possibilita ao profissional mais autonomia e transformação da prática assistencial (PAULO; SILVA, 2007), (FORTUNA et al., 2017), (ENCARNAÇÃO; SANTOS; HELIOTÉRIO, 2017).

Destaca-se que esse primeiro contato com usuário é a base também para criação de vínculo institucional, bem como entre o profissional e paciente. O momento em que o usuário se depara com um novo problema de saúde e vai em busca do sistema para resolução, seja para comunicá-lo ou mesmo receber orientação de como resolver ou ter acesso a outros serviços de saúde, se necessário.

Numa perspectiva holística, quem acolhe cuida e quem cuida procura atender a todas as necessidades do paciente (COELI et al., 2015). Observa-se nas falas a seguir dos participantes quanto ao acolhimento ao usuário realizado abrangem ações e condutas, que demandam principalmente das queixas que a pessoa idosa relata no momento de sua avaliação:

Se tem idade mais avançada, vai classificando para entrada ao médico, todos eles sabem que a consulta não é rápida (Enf_1).

Já peço para pessoa aguardar e esperar um pouco, e aí coloco como prioridade máxima para o atendimento médico, e marco a ficha de entrada, aí registro no prontuário e já passo ao médico, registro a medicação que foi dada (Enf_4).

Então fazemos o acompanhamento e o retorno dele, muitas vezes já fazemos o agendamento, antecede e pedi para adiantar a consulta, o retorno dele depende do exame, claro se tem necessidade de ECG faz aqui (Entrev_01).

Observa-se que o discurso descrito acima, traz a perspectiva do acolhimento favorecendo muitas vezes o atendimento da demanda espontânea, configurando-se muito mais como um pronto-atendimento para as queixas agudas dos usuários e priorizando a ordem de atendimento no serviço, de acordo com a idade da pessoa idosa (PAULO; SILVA, 2007). O profissional em muitas ocasiões sai da operacionalização que demanda a consulta, e percorre muitas vezes a saída do consultório, entrando no ambiente extra consultório, para marcação de consultas, agendamentos e outros, possibilitando ao idoso aproximação para além das práticas de cuidado desenvolvidas pelo enfermeiro (COSTA; FURTADO; GIRARD, 2019).

Eu mesma digo que se nós fossemos fazer um levantamento, temos um histórico e nós deveríamos buscar esse histórico, aqui é um centro de estudo que precisava ser visto (Entrev_01).

Aí vamos para o histórico dele, tem no prontuário quando vem aqui, como fica a pressão? já pedimos o mapinha da pressão para fazer? vamos fazer! tem como fazer? (Entrev_01).

Durante o acolhimento é possível avaliar a situação dos usuários e saber quando este torna-se uma prioridade no atendimento, de modo a direcioná-lo para outros profissionais. Embora seja uma demanda grande no serviço de saúde, o acolhimento a pessoa idosa com hipertensão deve levar em consideração que a relação entre o enfermeiro e idoso começa desde esse acolhimento, carecendo do profissional uma escuta sensível, um diálogo que demonstre o compromisso do profissional em atender as necessidades da pessoa idosa.

Cabe destacar que no discurso a seguir apresentado pelas profissionais, observa-se as ações voltadas para o reforço desse comprometimento em atender os usuários, tais ações visam melhorar as intervenções do enfermeiro na assistência prestada dentro deste serviço especializado. Observa-se a demanda de orientação para realização de exames e consultas com outros profissionais, seguindo como parte complementar dessa chegada do paciente na unidade.

Aí já adiantamos, se for exames demorados, orientamos para que ele acompanhe, e tem o telefone, site ou liga para este número, aí agendou, já ficatudo marcado para o retorno (Entrev_01).

Aí já verificamos se teve redução da pressão, se está controlada, aí está 16 por 7 ou até 11 por 7, nesse caso a pressão está de bebê, aí já retorno com o médico para pegar a medicação (Entrev_04).

Marcando para o enfermeiro, eu fico perseguindo aqui, nós quase não temos isso, o retorno eu que fico, o seu exame já fez? entregou? (Entrev_02).

Estudos realizados no país (ALICE et al., 2018), (MARTINIANO et al., 2015), retratam o papel do enfermeiro quanto a prescrição de medicamentos, e embora tenhamos uma conjuntura normativa, jurídica e ética que instrua a profissão, tanto através dos protocolos pelo Ministério da Saúde, quanto das leis e normativas pelo Conselho Federal e Regionais de Enfermagem, observa-se a reafirmação desta atividade principalmente nos cuidados de saúde primários, onde a prescrição de medicamentos e solicitação de exames vêm sendo afirmadas.

Como parte de apoio durante a consulta a solicitação de exames laboratoriais e imagens como ECG, os exames auxiliam na tomada de decisões na consulta inicial e de acompanhamento, como medida para identificação de fatores de risco e guia as condutas do

profissional (DANTAS; RONCALLI, 2019). Uma vez que a partir dessas informações, possibilitará ao profissional conduzir as intervenções de forma mais assertivas ao problema identificado (BRASIL, 2006a).

Entretanto, essa prática de cuidado à saúde, a prescrição medicamentosa, vem sendo defendida pelas entidades que representam a categoria, e embora necessite maior conhecimento de legitimidade no aspecto político e social (ALICE et al., 2018). Há grande preocupação, por parte dos atores envolvidos, em se tratar a sintomatologia apresentada, concentrando-se nos tratamentos medicamentosos.

Outro ponto levantado na literatura e que está alinhado ao discurso dos profissionais é o grande desafio para o sistema de saúde, pois as pessoas não aderem ao tratamento da maneira pela qual deveriam fazê-lo.

A adesão medicamentosa ainda é inadequada por uma grande parte dos hipertensos, dificultando o tratamento prescrito. Neste ponto ressaltamos a corresponsabilização do cuidado por parte dos usuários, que é visto pelos profissionais como um fator desmotivador para as ações de saúde que realizam nas unidades básicas, tornando as outras ações, ainda mais difíceis de serem assumidas, face às mudanças necessárias ao estilo de vida dessas pessoas (BRANDÃO et al., 2011).

Considerando o Parecer técnico 013/2017/DEFIS/V do COREN AM, que ressalta a necessidade de criação de protocolos institucionais na atenção à saúde do idoso, respeitando os procedimentos de enfermagem desenvolvidos na atenção especializada de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde e com disposições legais da profissão, de modo a respaldar as práticas e ações do enfermeiro e dos demais membros da equipe de enfermagem no serviço de atenção à saúde do idoso.

Cabe ressaltar que essas ações como parte das atribuições desempenhadas pelos profissionais enfermeiros dentro da unidade especializada carecem estar descritas no prontuário como forma de respaldo legal. Pois, denota-se pelas falas apresentadas a seguir que é uma prática que às vezes não tem registro e que, entretanto, carece atenção.

Nesse caso muitas vezes orientamos que ele vá para o pronto socorro, e registre no prontuário, aí marco o retorno de dez dias para o retorno, aí queroo retorno de dez dias (Entrev_04).

E o agilizar desse retorno dele, retornar para saber como está, para fazer a avaliação, aí ficamos sempre na pesca, aí para pegar ele, aí é uma conduta que não está escrita em lugar nenhum (Entrev_01).

Durante o acompanhamento é necessário que se mantenham por escrito, ou mesmo por

meio digital, os registros das intervenções e ações realizadas, pois esses registros, além de respaldo legal, o mesmo é imprescindível, uma vez que as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, são necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência (COFEN, 2012).

O acompanhamento permite, tanto, a visibilidade da evolução clínica do usuário, frente a tomada de decisão quanto ao problema apresentado. Para tanto, cabe destacar que o registro, torna-se uma fonte geradora de conhecimento, para os profissionais, pacientes, família e comunidade (DANTAS; RONCALLI, 2019).

Cabe destacar que durante a consulta e acompanhamento é imprescindível o registro das intervenções e ações propostas e/ou realizadas, uma vez que permite evolução clínica do paciente e tomada de decisão. Por isso, o registro torna-se importante fonte geradora de conhecimento, para os profissionais, paciente, família e comunidade.

Ressalta-se, que isto acontece principalmente por ainda estarmos culturalmente atrelados ao processo de saúde biomédico, onde a demanda do serviço de saúde é estabelecida conforme necessidade do usuário, do agravo de saúde apresentado e até mesmo dependendo da realização de exames.

Para que os enfermeiros sejam mais que meros intervencionistas nas queixas físicas que os usuários apresentam, é preciso que reconheçam que o acolher vai além do biomédico e do procedimento técnico, prioritariamente enfocando o cuidado em uma relação de aproximação interpessoal entre profissional e usuário (CRISTINA et al., 2014).

Observa-se nas falas dos profissionais que a variação de retorno da pessoa idosa fica em torno de dez a trinta dias, principalmente para os casos que demandam maior atenção, quando observado alteração de níveis pressóricos, sendo necessário o acordo desse retorno entre profissional e a pessoa idosa.

Quando eles retornam ao médico por exemplo, eles vão ao médico ao mesmo dia, aí o médico troca a medicação por exemplo por anlodipino e hidroclorotiazida, e aí você retornar em dez dias, quando ele retorna nesses dez dias, já passa conosco (Entrev_04).

Se for com cardiologista, é já vai ficar conforme a agenda, conforme a prescrição de retorno, o retorno específico com o enfermeiro é a cada trinta dias (Entrev_03).

Cabe destacar que dentro do serviço de saúde essa organização de retorno do usuário, permite à equipe de saúde agilizar as respostas de forma organizada e possibilita o gerenciamento das demandas dentro do serviço. Destaque para a busca constante do

reconhecimento cada vez maior das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, resultando em encaminhamentos, deslocamentos e trânsito pela rede assistencial (TORRES et al., 2018).

O retorno do usuário ao serviço de saúde depende da avaliação e estratificação de risco do usuário, muitos serviços lançam mão desta classificação como forma de organização de fluxo e demanda dentro do estabelecimento de saúde. E embora seja observado, na maioria das vezes não se segue a risco esta determinação.

Além disso, compete ao profissional, maior responsabilização e garantia de eficácia dos atendimentos. Por tanto, essas demandas a partir da entrada do usuário ao serviço de saúde instiga a reivindicação de inserir a temática dentro dos protocolos com o modo de alinhar essas perspectivas inclusivas e que carecem de atenção.

Considerando ainda como parte deste processo a Categoria 1 e os aspectos levantados através da análise a partir das Classes 3 dentro da CHD, que se soma a esta categoria, dando mais robustez dentro do processo de enfermagem onde as principais palavras que deram sentido à formação foram: verificar, aparelho, sala, quando, observação. Com enfoque para: Consulta, Anamnese, Exame Físico, Triagem (Classificação da pressão arterial pela medida casual).

A sistematização da assistência de enfermagem envolve todo o processo que organiza o trabalho profissional, permitindo metodologicamente a preparação pessoal e os instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem, que orienta o cuidado prestado pelo profissional, além de permitir a documentação da prática. Sendo, portanto, imprescindível a anamnese do paciente para conhecê-lo de forma integral, contribuindo para maior investigação das demandas do usuário, possibilitando a detecção de comportamentos e agravos de saúde (SOUSA et al., 2015).

Cabe ao enfermeiro como atividade privativa a consulta de enfermagem, sendo possível durante o processo a aplicação das tecnologias do cuidado ao idoso, primando responder às complexidades do usuário. O profissional dispõe de saberes acumulados que possibilitam o processo terapêutico, contribuindo para avaliação e cuidados que contribuem para a promoção da saúde, proteção, recuperação e reabilitação (COFEN, 2009).

A consulta de enfermagem é uma ferramenta para auxiliar na tomada de decisão frente ao problema apresentado pela pessoa idosa. Diante deste processo, vários aspectos são abordados como forma de coletar informações pertinentes à saúde do idoso como: histórico do paciente, estado de saúde, monitoramento da pressão arterial, acompanhamento, acolhimento e registro no prontuário. Mas na maioria das vezes essa consulta é pautada nas queixas cotidianas.

Observou-se nas falas dos profissionais que a anamnese faz parte das observações

realizadas durante a coleta de dados iniciais, percebendo que o foco da atenção é centrado nos sinais vitais, bem como na sintomatologia clínica do usuário apresentada durante avaliação.

Destaque para alguns trechos que abordam essa vertente:

Na verdade, verifica os sinais e sintomas que esse paciente está sentindo (Entrev_02).

Passa na triagem para verificar sinais vitais e sinaliza os dados da pressão (Entrev_02).

Dor na nuca, dor torácica, dispneico (Entrev_02).

O paciente que está com sinais e sintomas importantes como cefaleia, tontura, dispneia, às vezes já chega por conta de uma hipertensão alterada, com dor na nuca, dor torácica (Entrev_02).

Verifica de acordo com a necessidade do paciente, como ele vem no consultório de enfermagem (Entrev_02).

Destaque para essa etapa de anamnese realizada pelas profissionais, que embora seja direcionada a queixa clínica do usuário, pauta-se também na história clínica completa, bem como o tempo de diagnóstico e tratamentos medicamentosos instituídos previamente, permitindo uma melhor compreensão da cronicidade da condição de saúde da pessoa idosa. Além disso, busca-se atentar aos sintomas que indiquem a evolução do quadro clínico de hipertensão, uma vez que o usuário deve ser atendido em suas necessidades apresentadas.

Seguindo a orientação da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), que orienta para que a avaliação clínica do paciente hipertenso seja feita seguindo o método tradicional, constituído por anamnese, exame físico e laboratorial. O seguimento de todas as etapas permitirá o diagnóstico correto da hipertensão arterial (HA) e estratificar o risco cardiovascular e renal, contribuindo para estabelecer a estratégia terapêutica mais adequada (BARROSO et al., 2020).

Podemos salientar ainda que durante a consulta, deve também ser questionada, entre outros, a existência de fatores de risco específicos para doença cardiovascular (DCV) pré-existentes ou não, além da função renal, outras comorbidades e aspectos biopsicossociais, culturais e socioeconômicos. Nota-se que os sintomas, apresentam-se de diversas formas, o que vale a investigação detalhada dos achados, uma vez que quando apresentados de forma leves e não acompanhados de lesão aguda de órgãos-alvo, tem-se significância, podendo apresentar uma urgência hipertensiva.

Percebe-se nas falas das participantes, ainda a preocupação e o olhar crítico para essa sintomatologia que irá direcionar muitas das intervenções. Elas consideram um fator crucial durante a anamnese, o olhar atento para os valores da pressão arterial disponibilizado, sendo necessário a confirmação do valor dentro do consultório, quando houver suspeita deste valor.

Para tanto, os profissionais lançam mão de ter um aparelhomanual dentro do consultório para checagem e aferição novamente da pressão arterial.

Podemos averiguar nas falas apresentadas a seguir, os sinais e sintomas mais destacados foram voltados ao sistema cardiocirculatório e metabólico, sendo observado nos pacientes, que aparentemente para muitos usuários parece inofensivo ou até mesmo normal devido a idade. Porém, eles servem de alerta para os profissionais que estão prestando o atendimento, façam um acompanhamento minucioso e atente para os possíveis sinais e sintomas que podem sinalizar algum comprometimento de órgãos alvos.

O que conseguimos identificar aqui, é aquele paciente que está com pressão alterada ou diabetes, se tem alteração da pressão, ou arritmia ou coisa desse ponto, pela idade se é cadeirante (Entrev_01).

Tem vezes que o técnico não observa, não ver o calcanhar inchado, aquele paciente meio torporoso, meio sonolento ou que está com dor, que demonstrava variação e alteração dos batimentos cardíacos (Entrev_01).

Tudo isso ficamos de olho, muitas vezes o técnico não faz uso da clínica, tem casos que quando chega eu digo sempre, a clínica é soberana (Entrev_01).

Tais sintomatologias são caracterizadas por serem leves (cefaleia, tontura, zumbido e outros) ou graves (dispnéia, dor precordial e até o coma). Nos casos mais graves, existem lesões de órgãos-alvo (encefalopatia, infarto agudo do miocárdio, angina instável, edema agudo de pulmão, eclâmpsia, acidente vascular encefálico e insuficiência renal aguda), mas independente de ser um quadro leve ou grave, eventualmente necessite atenção por parte dos profissionais (ALVES, 2018).

Contudo, se os sintomas põem em risco a vida do paciente e refletem lesão aguda de órgãos-alvo, tem-se então a emergência hipertensiva. Pode-se ainda observar durante a avaliação uma possível pseudocrise hipertensiva, a elevação deve-se por fatores estressantes seja de cunho físico ou psicológico.

Destaque a importância do exame físico para que ele seja direcionado, não somente as queixas do paciente, mas principalmente na pesquisa de acometimento de órgãos-alvo, por meio da palpação de pulsos em todos os membros, ausculta pulmonar em busca de sinais significativos, ausculta cardíaca para pesquisa de possíveis alterações perceptíveis na função cardíaca (BARROSO et al., 2020).

Considerando que durante a consulta de enfermagem é necessário o seguimento sistemático para elaboração posterior do plano de cuidado. Para tanto, há de se realizar a coleta

de informações da condição de saúde-doença do indivíduo, seguida do exame físico para avaliação de maior precisão sobre o caso do levantamento dos diagnósticos de enfermagem e, por fim, da elaboração do plano de cuidados apropriado para a situação. Para a realização de uma prática clínica efetiva faz-se necessário a realização do exame físico, embora em prática os enfermeiros reportaram limitações quanto ao conhecimento e à aptidão necessários para esta atividade (KAHL et al., 2018).

Identifica-se grande parte da sintomatologia quando apresentada está relacionada a padrão de alteração de níveis pressóricos, o que leva o profissional a fazer uma avaliação detalhada e observação de sinais que sejam relevantes e que possibilitem uma intervenção imediata diante do quadro apresentado pela pessoa idosa. Observa-se durante a anamnese um olhar investigativo também para o uso do aparelho para aferição da pressão arterial, a depender do tipo de aparelho e condições que foi avaliado ou mensurada a pressão, podemos ter valores inexatos. A seguir podemos notar a preocupação dos profissionais quanto a importância do uso dos aparelhos adequados para esta avaliação da pressão:

Às vezes, como o técnico que faz a triagem, chamamos ele e falamos que quando o paciente tem uma pressão considerada alta, precisa ser verificado no aparelho manual, como no nosso fluxo (Entrev_02).

Tem o problema do aparelho, às vezes ele chega e verifica a pressão e está alta, só aqui, eles não acreditam, porque em casa está sempre normal (Entrev_02).

Quando eu desconfio do valor da pressão, eu verifico no outro aparelho, eu fico com outro aparelho dentro do consultório, aí sim para tirar a dúvida (Entrev_04).

São duas linhas diferentes também de atendimento, à do paciente que está andando, está bem, está assintomático, e a do paciente sintomático (Entrev_02).

O senhor tem aparelho de pressão em casa? eu tenho eles falam, mas lá só dá normal. Aí que oriento trazer o aparelho na unidade, para verificarmos na unidade com o aparelho dele também, às vezes (Entrev_02).

Eu verifico no outro aparelho, eu fico com outro aparelho dentro do consultório, aí sim para tirar a dúvida (Entrev_04).

Por este motivo, para evitar valores inexatos da pressão arterial, faz-se necessário o uso da técnica correta de aferição, seguindo todos os passos para que os valores sejam fidedignos. Sabendo-se que é durante a consulta de enfermagem que a assistência prestada é sistematizada, possibilitando ao profissional maior autonomia (SOUSA et al., 2015).

O enfermeiro não faz diagnóstico de doenças, mas sabe -se que compete a ele a avaliação do paciente, e como parte também integrante da equipe de saúde, deve resguardar a integridade do usuário de modo, a oferecer uma assistência livre de danos decorrentes de imperícia,

imprudência e negligência, principalmente nos casos observados de usuários com níveis pressóricos alterados, sejam para quadros de hipotensão ou mesmo hipertensão elevada.

A abordagem realizada à pessoa idosa, não se restringe a uma ação relacionada somente a uma doença, ou grupo de doenças e agravos. A atenção às pessoas idosas considera, aspectos que envolvem incapacidade ou limitação funcional, o nível de dependência de familiares ou de outros cuidadores para o exercício de suas atividades devida (BRASIL, 2018a). Observa-se muitas vezes, que a alteração em um dos marcadores de saúde no idoso seja social, familiar e até mesmo físico, pode levar a sintomatologias que merecem atenção.

Um ponto importante abordado durante a fala das profissionais, foi quanto ao ambiente físico para acompanhamento dos usuários que apresentam alteração na pressão arterial. Colocando-nos à reflexão de organização dos serviços de saúde, quanto à estrutura organizacional física para acomodação de pacientes que necessitam de intervenções imediatas emergenciais pela equipe de saúde. Principalmente em situações cardiovasculares de emergência, nas quais o usuário precisa ser monitorado e acompanhado, de modo que a assistência seja efetiva até a chegada do suporte para remoção em saúde para uma referência de serviço especializado de média ou alta complexidade.

Durante as falas das profissionais foi observado a necessidade desse ambiente para atendimento dos usuários, quando estes estiverem com alterações significativas, possibilitará a equipe de enfermagem e demais da equipe multidisciplinar prestar uma assistência de qualidade e resolutiva.

Os três CAIMI tem sala de observação, quando cheguei aqui, já tinha no CAIMI nesta sala: o carrinho de parada, o cardioversor, o aparelho de eletro (Entrev_02).

Esse tipo de coisa, vamos continuar monitorando se a pressão já melhorou, depois verifica a pressão, depois o paciente, e com calma deixa ele um pouquinho dentro da sala que é um ambiente mais tranquilo, depois ele começa a dar uma estabilizada já só de conversar (Entrev_02).

Já colocamos direto na sala de observação, então aí já temos duas linhas diferentes também de atendimento: à do paciente que está andando e está bem, está assintomático, e do paciente sintomático (Entrev_02).

Sabemos que ele pode ter alguma alteração e ele sabe disso, precisamos monitorar ele com mais supervisão, melhor colocar na sala de observação, porque lá tem o aparelho de eletro e nós vamos lá (Entrev_02).

Cabe a unidade de saúde ter acomodação específicas e adequadas para que o usuário possa ser atendido de forma mais humanizada possível e atendido nas suas necessidades. E o enfermeiro como parte da equipe ao prestar o cuidado, deve estar pautado em boas condições

de trabalho para poder dar uma assistência de qualidade.

Alguns estudos trazem a reflexão da importância da infraestrutura e instrumentos pelas unidades de saúde como meios para auxiliarem e a oferecerem atenção de boa qualidade às doenças crônicas. Para tanto, estas unidades devem estar equipadas com os recursos materiais apropriados para cuidar dessas pessoas com mobilidade comprometida, com condições crônicas e mesmo pessoas idosas. Devem possuir ainda equipamentos, medicamentos e material didático adequado para prestar serviços curativos e preventivos (OPAS, 2003).

Considerando que as regiões do país apresentam semelhanças entre as condições de trabalho nas unidades de atenção básica, pois além de pouco profissionais, recursos escassos e demanda altas de atendimento, os enfermeiros que conseguem fazer um melhor desempenho de suas funções tanto de planejamento e execução das suas tarefas, são os que conseguem o envolvimento da sua equipe em prol do que é mais importante para os usuários do sistema de saúde, sendo notório os melhores resultados de saúde e grau de satisfação do usuário (SOUSA et al., 2020).

Durante a triagem o profissional deverá ter a destreza e competência para observação de informações que serão precisas para avaliar o estado de saúde do usuário. Permitindo um cuidado de forma resolutiva do problema apresentado pelo idoso.

Cabe ressaltar que o sistema de triagem é uma metodologia para auxiliar no atendimento das necessidades especiais dessa parte da população “idosa”, se torna imprescindível, pois permite um trabalho coerente com a demanda apresentada, voltado aos idosos, necessita ser de forma objetiva e factível para ser implementada dentro do serviço de referência (ASSIS et al., 2016).

Com destaque aqui para a triagem como medida de verificação de sinais vitais, com enfoque para a classificação da pressão arterial pela medida casual, sendo essa mensuração realizada pelos técnicos de enfermagem no momento antes da avaliação e pelo enfermeiro durante consulta de enfermagem. Conforme apresentada nas falas a seguir:

Falar com a enfermagem, fazer o curativo, é passado na triagem para verificar os sinais vitais, e então a equipe pega o papelzinho e coloca lá para sinalizar o valor desses dados, da pressão para quem pega o prontuário (Entrev_02). Às vezes, como o técnico que faz essa triagem, o chamamos e falamos que quando um paciente tem uma pressão que consideramos alta precisa ser verificado no aparelho manual, como nosso fluxo é de moderada e a alta, aqueles verificam no aparelho digital (Entrev_02).

Aponta-se que uma das estratégias terapêuticas recomendadas para a pessoa idosa hipertensa é a mensuração da pressão arterial com utilização de técnica adequada e equipamentos validados e calibrados, como medida para identificar possíveis alterações, bem como suspeita de emergência hipertensiva (PELAZZA et al., 2018). Por ser uma condição crônica há de se observar os sintomas que o paciente apresenta, pois cabe a monitorização por algumas horas em ambiente calmo, com o objetivo de reduzir a PA e de controlar os sintomas. Quando as condições clínicas estiverem estáveis, o paciente pode ser liberado para a residência, e deve retornar em consulta médica dentro de 72 horas (BORTOLOTTI; SILVEIRA; VILELA-MARTIN, 2018).

Durante a avaliação da pressão arterial são necessários alguns cuidados que auxiliam para que o resultado obtido seja fidedigno, tal técnica precisa ser realizada com todo o cuidado deixando o usuário ciente para colaborar com a aferição (VEIGA JARDIM et al., 2017).

Seguindo orientações do Ministério da Saúde, a medida casual da PA (Pressão Arterial) é recomendada em toda avaliação clínica, independente da especialidade. Seguindo as técnicas de medida manual indireta orientada para serem aplicadas em ambulatório, são as auscultatórias (por esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneroide) e oscilométricas por aparelhos semiautomáticos (BARROSO et al., 2020), (FEITOSA-FILHO et al., 2019).

Conforme apresentado nas falas das profissionais podemos destacar um pouco de como é realizado essa técnica na prática dentro da unidade pelas enfermeiras. Conforme discurso a seguir

Tem o problema do aparelho às vezes, ele chega e verifica a pressão e está alta só aqui (Entrev_02).

Eles verificam no aparelho digital a grande maioria, mas aí eu oriento para eles irem na unidade de saúde para podermos ter um valor real (Entrev_02). Eu digo que o aparelho pode estar descalibrado, mas aí ele fala que não está sentindo nada (Entrev_04).

Entretanto, cabe destacar que existem problemas das medidas manuais em consultório, que decorrem de fatores relacionados com uso de aparelhos inadequados ou não calibrados, medidas que não seguem adequadamente protocolos institucionais, de técnica corretas, além de arredondamento dos valores encontrados e variações observados (TIBÚRCIO et al., 2013), (BARROSO et al., 2020). E apesar de ser uma técnica simples para verificação e de fácil realização, frequentemente é realizada de forma inadequada.

Outro ponto importante observado na fala de uma das profissionais durante a coleta de dados, foi a preocupação quanto a técnica de aferição realizada de forma adequada, abordando

a necessidade de falar mais e treinar a equipe de enfermagem para realizar a técnica de forma correta.

Então, quando o paciente está numa situação que precisamos confirmar no manual, então assim, de vez em quando, temos que dar uma parada e falar: vocês lembram é assim, mas todo mundo sabe, mas precisamos dar uma parada e falar (Entrev_04).

Tal fato instiga a reforçar o papel da educação permanente para qualificação dos profissionais, de modo a qualificá-los e capacitá-los para o melhor manejo clínico do usuário, seguindo o que é padronizado pelas diretrizes e protocolos estabelecidos pelo ministério da saúde. Ressaltando também, a criação de procedimentos operacionais padrões para normatizar as ações desenvolvidas pelos profissionais, bem como guias para orientação da prática quanto a técnica correta para aferição da pressão nas unidades de saúde especializada na saúde do idoso (KRAUZER et al., 2018).

A capacitação da equipe, torna-se um desafio para os profissionais de saúde (HAMMERSCHMIDT; ZAGONEL; LENARDT, 2007). Contudo a capacitação dos profissionais para a atenção à saúde e ao cuidado específico a este grupo, considerando as peculiaridades que são inerentes ao envelhecimento, pois estes dependem de cuidado diferenciados, e esses cuidados precisam ser revistos, visando preparar os profissionais para um atendimento eficiente, efetivo e eficaz (KRAUZER et al., 2018), (SILVA; SANTOS, 2015). Tal afirmação da capacitação torna-se imprescindível, visando preparar os profissionais para um atendimento eficiente, efetivo e eficaz (SOARES; CARVALHO; MEDINA, 2014).

Destaca-se a necessidade de investimentos para a capacitação dos profissionais, haja visto a velocidade do desenvolvimento tecnológico e as deficiências na educação brasileira, as quais incidem diretamente na práxis de enfermagem e na saúde (KRAUZER et al., 2018). Preconiza-se que a capacitação deve se iniciar concomitantemente ao início do trabalho das ESF por meio do Curso Introdutório para toda a equipe (SOUSA et al., 2015).

Corroborando com este estudo, que aborda a importância da realização da aferição da pressão arterial durante o exame físico, por ser uma das etapas imprescindível aplicada na prática clínica e que não pode passar despercebido pelas profissionais (TIBÚRCIO et al., 2013). Destaca-se um estudo realizado para descrever as ações realizadas pelos enfermeiros da atenção básica em Picos/Piauí, voltadas ao acompanhamento do cliente com Hipertensão Arterial Sistêmica por identificar que (95,2%) dos profissionais utilizaram o método auscultatório como técnica, no qual o paciente estava na posição sentada (SOUSA et al., 2015). Em contrapartida também diverge com o priorizado na literatura (BARROSO et al., 2020).

Não se deve esquecer que esta etapa do exame físico é importante, além de auxiliá-la

avaliação de cifras pressóricas, ela permite ao profissional identificar possíveis alterações dos valores da pressão arterial que podem ser indicativos de alterações significativas e que merecem atenção. É o que se observou nas seguintes falas a seguir quanto esta alteração dos níveis pressóricos:

Geralmente quando a mínima está acima de 100 e a máxima de 150 aí já encaminha para o enfermeiro, então nesses padrões de 15 por 10 já é encaminhado para nós para verificar e avaliar (Entrev_02).

A maioria desses pacientes vem nesse nível assintomático, apesar de estar com a pressão elevada, tem paciente que chega com a pressão de 21 por 12 e fala “Eu não estou sentindo nada” (Entrev_02).

Eles colocam para nós, mas às vezes tem esse problema a pessoa está com a pressão alta (Entrev_02).

Aí aferi a pressão e está alta, por exemplo alterada, aí já encaminho como ele é hipertenso (Entrev_04).

Destaque para alguns estudos que referem que os pacientes hipertensos apresentam em algum momento um quadro de aumento súbito da PA ($\geq 180 \times 120$ mmHg) e que necessitam de atendimento (MARTIN et al., 2004), (DANTAS; RONCALLI, 2019), (BORDIN PELAZZA et al., 2018), (ANGELO, 2020). Considerando a situação como emergência hipertensiva, onde é observada a clínica do paciente é imprescindível que o mesmo tenha todo o cuidado necessário para o restabelecimento do quadro clínico. Para tanto, é importante atentar-se para outros fatores de avaliação como terapia medicamentosa em uso, uso de drogas ilícitas e lícitas, que também podem interferir na PA, há de avaliar ainda outras causas secundárias envolvidas há HA (SOARES; CARVALHO; MEDINA, 2014); (RÊGOA et al., 2018).

Registra-se através das cifras pressóricas, tendo como parâmetro a classificação do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Cardiologia, as alterações apresentadas como importantes indicadores do prenúncio de crises hipertensivas, que condiciona a adoção de medidas preventivas, quando observadas na prática clínica estas alterações carecem de atenção pelo profissional de saúde (BARROSO et al., 2020).

Considerando, portanto, a população geriátrica, a HA é o principal fator de risco (FR) modificável para morbidade e mortalidade cardiovascular, mesmo nas idades mais avançadas. Sendo importante destacar que HA é fator de risco modificável para declínio cognitivo, demência e perda de funcionalidade (BARROSO et al., 2020). Para tanto, deve-se atentar para a elevação da PA simplesmente por muitas vezes não usarem os medicamentos ou por não saberem que são portadores de HA, cabe ao enfermeiro atentar para esta situação.

No estudo realizado em Pernambuco com 144 pessoas idosas, destas (58,6%) tiveram alteração da pressão, ficando dentro da classificação entre Pré-hipertensão e Hipertensão estágio 3 (FERREIRA et al., 2017). Ressalta-se, contudo, a necessidade de ser criterioso para diagnosticar e classificar um indivíduo nesta situação de possível crise hipertensiva, pois o caráter multifatorial da doença, bem como a técnica de mensuração das cifras tensionais e condições de equipamentos para tal procedimento, exigem cuidados específicos (ALESSI et al., 2014).

Outro ponto importante que merece atenção é principalmente para este grupo específico de pessoa idosa, onde as alterações fisiológicas apresentadas pelo próprio processo do envelhecimento, acabam por vezes mascarando o problema de saúde (BRASIL, 2018a), (FEITOSA-FILHO et al., 2019). A não adesão terapêutica medicamentosa por muitas pessoas, contribui para a hipertensão crônica não controlada (BRASIL, 2013b).

Os sintomas significativos para alterações de possíveis crises hipertensivas são observadas por sinais neurológicos focais, alterações visuais, congestão (edema agudo de pulmão), dor torácica, insuficiência renal (edema, diminuição do volume urinário), insuficiência hepática (náusea, mal-estar, fadiga, encefalopatia e icterícia). Estes sintomas podem ser investigados pelos profissionais de saúde, inclusive pelo técnico ou auxiliar de enfermagem, e na presença deles encaminhar para o médico, pois caracteriza uma possível crise hipertensiva (BORTOLOTO; SILVEIRA; VILELA-MARTIN, 2018).

Detecta-se a crise hipertensiva seguindo orientação da linha de cuidado a hipertensos pelo Ministério da Saúde a presença de episódios agudos, no qual os pacientes com ou sem diagnóstico prévio de HA podem apresentar episódios agudos, geralmente com pressão arterial sistólica (PAS) superior a 180 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) superior a 120 mmHg (BARROSO et al., 2020). Outro ponto relevante que merece atenção é a pseudocrise hipertensiva: aumento acentuado da PA mais frequentemente associado ao uso inadequado de anti-hipertensivos, não apresentando lesão aguda de órgão alvo. Como destaque a importância do tratamento anti-hipertensivo como as medidas não-farmacológicas devem ser reforçadas como medida para otimizar o controle da pressão (BRASIL, 2021), (MINELI et al., 2018).

Uma das condutas dos enfermeiros diante da crise hipertensiva e registradas em prontuário incluíram a administração de medicamento, realização de exames laboratoriais e realização de eletrocardiogramas, além do encaminhamento para especialidade médica e serviço de médio e alta complexidade, dependendo, portanto, da apresentação clínica do paciente (MINELI et al., 2018). No entanto, a pesquisa realizada apresenta limitação por parte das condutas dos profissionais, haja visto que, a falta de protocolo institucionalizados para estes e

outros eventos de emergência dentro da unidade de saúde especializada, são escassos, levando muitas vezes o enfermeiro a não saber o que fazer diante de crise hipertensiva, observa-se que as condutas ainda ocorrem de maneira bastante heterogênea e empírica.

Cabe destacar que podem ser sintomáticos dependendo do órgão primariamente acometido, estando o quadro clínico associado às síndromes vasculares agudas (infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico e síndromes aórticas) ou edema agudo de pulmão (FEITOSA-FILHO et al., 2019). Mais raramente associa-se a encefalopatia hipertensiva (com alterações principalmente na fundoscopia e manifestações neurológicas) e hipertensão maligna (igualmente com manifestações neurológicas e fundoscópicas, mas acompanhada de perda progressiva da função renal) (BARROSO et al., 2020), (BRASIL, 2021).

Muitas das complicações, advindas da hipertensão, devem ser investigadas durante a consulta, pois mantêm íntima relação com a falta de controle nos níveis pressóricos (DANTAS; RONCALLI, 2019). Destaca-se que no cadastro do portador de hipertensão, após confirmação diagnóstica, na ESF para acompanhamento pela equipe, uma porcentagem significativa de usuários hipertensos apresenta uma ou mais complicações. Sendo muitas das complicações observadas: o Acidente Vascular Encefálico (AVE), IAM, angina, insuficiência cardíaca e a doença vascular periférica, que estão relacionadas a hipertensão (BRASIL, 2013b). É relevante citar que a assistência de enfermagem deve ser realizada com muita cautela, a principalmente quando se trata de pacientes que já apresentam alguma complicação decorrente do insuficiente controle do agravo, há necessidade de monitoramento e manejo da condição crônica diferenciado, porém com atenção as diferentes necessidades identificadas na avaliação (MINELI et al., 2018).

Corroborando com o estudo, cita-se que o bom controle dos níveis pressóricos é um fator imprescindível para melhora nos indicadores de saúde no tocante a internações e ocorrência de complicações decorrentes da hipertensão, e exige cada vez mais a adoção de estratégias para este fim, principalmente voltado a tratamento medicamentoso e não medicamentoso (RÊGOA et al., 2018).

Observou-se a prevalência de hospitalização de pessoas idosas, por agravos ou complicações decorrente da hipertensão arterial sistêmica, além de observação das características que demonstraram significância a esta hospitalização foram: idade superior a 60 anos, sexo masculino, não adesão à farmacoterapia, descontrole dos níveis tensionais e presença de comorbidades (BRASIL, 2006a), (FEITOSA-FILHO et al., 2019), (TIBÚRCIO et al., 2013).

Fato este que são indivíduos tratados em serviço público de atenção primária. Sendo

observado no estudo a participação de 422 indivíduos, (12,08%) relataram hospitalização, no último ano, por agravos ou complicações de hipertensão arterial sistêmica, sendo os mais frequentes: a crise hipertensiva ou a pseudocrise hipertensiva (47,05%), problemas cardiovasculares (45,10%) e cerebrovasculares (7,85%) (BARRETO; MARCON, 2013).

Incube ao enfermeiro seguir o processo de enfermagem de modo a organizar as ações e práticas desenvolvidas dentro do serviço prestado, esta ferramenta possibilita melhorias das condutas pelos profissionais. Contudo, o uso desta ferramenta como suporte para a equipe, possibilitará oferecer a todos os pacientes, dentro do ambulatório especializado, uma ferramenta de triagem e acompanhamento da PA com baixo custo e de fácil realização pela equipe de enfermagem e demais profissionais.

A consulta de enfermagem permite além de liderança na execução e avaliação do processo de Enfermagem, permite alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas (COFEN, 2009). Diante do exposto, é relevante dizer que o processo padroniza o cuidado prestado, de modo que o usuário tenha um melhor atendimento possível.

6.2.1.2 Domínio 2: Consulta de Enfermagem com a Avaliação Multidimensional do Idoso na Atenção Especializada

Dentro desta categoria de análise a partir da Classe 2 dentro da CHD, onde as principais palavras que deram sentido à formação da categoria foram: risco, avaliação, usar, elaborar, social, paciente, estratificação entre outras.

Como ponto importante ressaltado nas atribuições das profissionais, foi a avaliação do idoso de modo integral, onde são levantados pontos específicos da atenção a este grupo, levando em consideração o que também é preconizado pelo Ministério da Saúde quanto à atenção à pessoa idosa. Observou-se nas falas das enfermeiras que essa avaliação é de forma sistematizada e global. Conforme discurso a seguir:

Mas então é feito inicialmente essa avaliação geral, essa primeira consulta inicial, é feita com as enfermeiras (Entrev_01).

A enfermeira dá um olhar clínico, sinais vitais, medicação que o paciente usa, queixas principais, esse tipo de coisas, aí depois vem a avaliação dos demais profissionais

como o fonoaudiólogo, do odonto (Entrev_02).

Essa avaliação é uma avaliação multidimensional do idoso, usamos um instrumento, cada profissional preencher com o seu olhar (Entrev_02).

Esta metodologia permite ainda avaliação da pessoa idosa na integralidade considerando aspectos biológicos, sociais, funcionais, culturais, econômicos, étnicos, raciais, de gênero, de orientação sexual (BRASIL, 2006b). Destarte a avaliação global considerada no discurso, também recebe inúmeros denominações, como avaliação globaldo idoso, avaliação geriátrica ampla (AGA), avaliação multidimensional do idoso (AMI),avaliação de funcionalidade entre outras definições, que no intuito final é fazer uma avaliação do idoso de forma eficiente para poder traçar um plano de cuidado específico de acordo com a demanda apresentada pela pessoa idosa (BRASIL, 2018a).

Porém cabe observar que a AMI possibilita uma avaliação dimensional da saúde do idoso, compete por tanto a equipe de saúde realiza lá. Neste sentido, permite maiores intervenções e ações de prevenção na saúde da pessoa idosa. Permite ainda, avaliar a vulnerabilidade e fragilidade que o usuário apresenta, seja dentro do serviço de saúde oumesmo na comunidade, possibilitando maior planejamento e ação preventivas, curativas e reabilitadoras, que melhorem a qualidade de vida da pessoa idosa (BRASIL, 2018a).

Diante do contexto, percebe-se que o enfermeiro exerce grande papel e tem sua relevância nessa AMI, pois na prática diária, dentro do serviço especializado, também compete a este profissional fazer esta avaliação detalhada. Sabe-se que o profissional enfermeiro tem conhecimento clínico que permite uma avaliação detalhada de toda a dimensão de marcadores de saúde do idoso, tornando um profissional qualificado para esta avaliação.

Dessa maneira a metodologia de avaliação do idoso pode ser um instrumento de estratificação de risco de saúde, sendo rápida, permitindo uma avaliação do declínio funcional da pessoa idosa, bem como identificando problemas que são mais prevalentes da idade. Quando necessário poderá ser complementada com outros instrumentos de e rastreios específicos para os marcadores de saúde no idoso (BRASIL, 2006a).

Nesta consulta a gente já tem direção para o serviço social, mas também nesse momento, nós observamos a necessidade dele, colhe todas as informações, e aí direciona para a equipe multiprofissional (Entrev_01).

O paciente é atendido de acordo com sua necessidade e ele é encaminhado para a demanda que ele necessita (Entrev_02).

Mas eu acho que precisa de tempo, pelo menos 40 minutos com cada paciente,não

menos que isso, porque não tem como você fazer uma boa estratificação de risco e coletar todos os dados, registrar e orientar (Entrev_03).

Hoje por conta da covid o serviço o atendimento desse acolhimento pode ser feito por qualquer profissional (Entrev_02).

Dentro da avaliação feita pela AMI é possível identificar como está o estado de saúde no aspecto biopsicossocial. Investigando vários marcadores de saúde individuais, na parte funcional, cognitiva, afetiva, familiares, sociais e utilização de redes de suporte. Representa uma avaliação rápida que pode ser utilizada para identificar problemas de saúde condicionantes de declínio funcional em pessoas idosas (MORAES, 2012).

É importante observar que a AMI no contexto do envelhecimento saudável supera a lógica curativista e o olhar estritamente biomédico/ clínico sobre a população idosa.

Tem o olhar amplo que abrange a manutenção da autonomia e da independência, evitando ou retardando o declínio da capacidade funcional, possibilitando a promoção da qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento (BRASIL, 2018a).

Para tanto, faz-se necessário que o instrumento utilizado para esta avaliação seja o mais completo possível para poder abranger esses aspectos citados anteriormente. Há vista que, facilita o monitoramento dos indicadores de saúde do idoso, além de possibilitar uma padronização como medida para monitorar as ações e intervenções de saúde da pessoa idosa.

Analisou-se nas falas que existe um instrumento de AMI nas unidades, porém cada unidade de saúde segue um instrumento diferente, tendo essa variação de instrumento dentro do serviço especializado. Essa discrepância de instrumento é observada nas seguintes discussões:

Utilizamos um formulário, nada empírico, guiado pelo formulário, nós usamos o formulário do alibert, avaliação multidimensional do idoso (Entrev_03).

Aí dentro da ficha, usamos o instrumento do ivcf_20 que avalia o grau de vulnerabilidade do idoso é claro que nós damos um olhar do enfermeiro para esta parte clínica (Entrev_02).

Nós precisamos fazer a avaliação multidimensional do idoso AMIF, a ficha que avalia antes de passar ao geriatra (Entrev_01).

Dessa maneira observamos variação de instrumentos dentro das unidades, não seguindo um padrão único dentro do serviço especializado ao idoso. Sabe-se que os instrumentos têm suas limitações e, por si só, não é suficiente para diagnóstico de vulnerabilidade ou fragilidade no idoso. Devendo ser tomado como complementar e não utilizado de forma mecânica. Para tanto, cabe a padronização deste instrumento pelas unidades de referência ao idoso.

Percebe-se que na própria literatura existem controvérsias em relação ao uso dos instrumentos de avaliação de fragilidade no idoso (CARNEIRO et al., 2020), haja visto temos divergência em relação ao próprio termo de fragilidade, não existindo um consenso, dificultando a adesão de um único instrumento que permita essa precisão para possível identificação de risco de fragilização (MELLO et al., 2018).

Destaque que no país, essa diversidade de modelos de avaliação de fragilidade tem gerado muitas dúvidas entre as entidades que estudam sobre o envelhecimento. Essas dúvidas dizem respeito a: “áreas de pesquisa: como melhor investigar os quadros de fragilidade; de ensino: como informar alunos de graduação, pós-graduação e profissionais de saúde em geral; e de assistência: como identificar e tratar indivíduos frágeis nas redes pública e privada de saúde” (MELLO et al., 2018).

Embora haja essa discrepância em relação aos instrumentos de avaliação no idoso para avaliar a funcionalidade ou fragilidade, pode-se indagar que o melhor instrumento que se adapta para nossa realidade amazônica ainda não existe, carecendo, portanto, de futuros estudos para avaliar e monitorar a pessoa idosa nesse sentido. Contudo é importante ressaltar que há essa necessidade de ter um instrumento como guia para poder auxiliar os profissionais na prática clínica.

Destarte, podemos sugerir um instrumento que tem respaldo pelo PROADI SUS, pela fácil aplicabilidade e por ter vários estudos realizados no país com intuito de direcionar para avaliação do idoso, já que o mesmo, possibilita um rastreio rápido e fácil. Mesmo tendo uma variedade de instrumentos que avaliam o idoso na sua integralidade, é um instrumento bom, de fácil utilização e de rápida aplicação. Dessa forma, o Índice de Vulnerabilidade Clínicofuncional-20 (IVCF-20) mostra-se como excelente instrumento para identificação inicial do idoso de risco, podendo priorizar e reconhecer o idoso que precisa ser submetido a uma Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) mais aprofundada (MORAES et al., 2016).

Deste modo o instrumento que mais avalia a integralidade da saúde do idoso no momento, podendo o mesmo ser uma AGA, o IVCF-20 pode ser aplicado ou realizado por profissionais não especialistas em Geriatria e Gerontologia, e pode ser aplicado por profissionais de nível médio previamente treinados. Dentro das suas dimensões de avaliação é possível fazer a triagem e classificação dos idosos como robustos, em risco de fragilização e frágeis, a partir da avaliação das principais dimensões preditoras: idade, saúde, auto percepção da saúde, atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e presença de comorbidades múltiplas.

O IVCF-20 foi desenvolvido e validado no Brasil, a partir do *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13) e de outros instrumentos de triagem rápida amplamente citados na literatura, como o PRISMA-7, *Sherbrooke Postal, Questionnaire* (SBQ), *Tilburg Frailty Indicator* (TFI), o *Groningen Frailty Indicator* (GFI), dentre outros (MORAES et al., 2016). Em 2019, o IVCF-20 foi reconhecido como um dos quatro melhores instrumentos do mundo capazes de reconhecer o idoso frágil (MELLO et al., 2018).

É um instrumento de curta duração para aplicabilidade na prática clínica levando em torno de (leva de 5 a 10 minutos) e tem a vantagem por apresentar caráter multidimensional, avaliando oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e óbito em idosos: idade, autopercepção da saúde, atividade de vida diária, cognição, humor/comportamento, mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfinteriana), comunicação (visão e audição) e presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente. Cada seção é avaliada por meio de perguntas simples, que podem ser respondidas pelo idoso ou por alguém que conviva com ele (familiar ou cuidador). Foram também incluídas algumas medidas consideradas fundamentais na avaliação do risco de declínio funcional do idoso, como peso, estatura, índice de massa corporal, circunferência panturrilha e velocidade da marcha em 4 metros (MORAES et al., 2019).

O IVCF-20 é constituído por 20 itens distribuídos em oito seções sobre diversos domínios da saúde. Perfaz o valor máximo de 40 pontos, identificando a condição clínico-funcional do idoso como robusto, em risco de fragilização e idoso frágil. O IVCF-20 foi usado para o rastreamento de probabilidade ou não de vulnerabilidade clínico-funcional, com pontuação entre 0 e 40 pontos. Ele identifica os idosos frágeis com a soma maior ou igual a 15 pontos, os pré-frágeis com valor de 7 a 14 e os idosos robustos com pontuação menor ou igual a 6 (MAIA et al., 2020).

Quanto maior a pontuação, pior será a condição clínico-funcional do idoso. As informações obtidas a partir da aplicação desse instrumento podem fornecer subsídios para o planejamento de intervenções de cunho preventivo e monitorizar a população de alto risco e tratamento, quando instalada a fragilidade no idoso (RIBEIRO et al., 2020).

Este instrumento pode ser aplicado por qualquer profissional da equipe da atenção primária e ou especializada (Enfermeiro, Médico, Técnico/auxiliar de Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, Dentista, Fisioterapeuta, Terapeuta ocupacional, Fonoaudiólogo, Assistente Social, Dentista, Psicólogo, Farmacêutico e outros), desde que devidamente capacitados e autorizados por diretrizes municipais, quando necessário. Pode ser realizado

durante a visita ou atendimento familiar, nas várias oportunidades de contato com a equipe (vacinação, renovação de receita, dispensação de medicamentos, consultas por situações agudas, atividades educacionais, dentre outras) ou em mutirões de avaliação (MORAES et al., 2019).

Para tanto, é necessário compreender que a dimensão da pessoa idosa é complexa e envolve aspectos multifatoriais que necessitam serem avaliados. Cabe dar visibilidade a esta necessidade, promovendo estratégias e ações para a promoção, a prevenção e o rastreamento. O IVCF-20 mostra-se favorável à identificação da fragilidade em pessoas idosas, sendo recomendado na atenção básica como uma alternativa prática e rápida no contexto AGA (LINS et al., 2019). Permite, por tanto, ao profissional de saúde fazer um rastreio rápido, e como serviço especializado no CAIMI, possibilita o uso de outros instrumentos mais avançados para complementar a avaliação, posteriormente como outras escalas de rastreio de fragilidades.

Durante a realização da pesquisa, observou-se ainda pelas falas, que inúmeros instrumentos são utilizados para o rastreio de vulnerabilidade e risco de fragilização de idosos. O que permite afirmar a existência da não-padronização de instrumentos de rastreio de vulnerabilidade no público idoso, o que dificulta comparações, uma vez que variados instrumentos possuem pontos de corte diferentes (MELLO et al., 2018).

Mesmo diante dessa variação de instrumentos relatados anteriormente, cabe ao profissional atentar para o amplo aspecto que envolve o estado de saúde da pessoa idosa. Pois, além das doenças agudas ou crônicas, agravos como quedas e outros acidentes, questões relativas a processos psicológicos/subjetivos ou, ainda, situações sociais, econômicas e culturais podem trazer limitações para o exercício da autonomia e/ou independência do idoso (BRASIL, 2018a).

Aí vem para um dos profissionais que faz o acolhimento, primeira vez do idoso na unidade, a avaliação da enfermagem, faz avaliação do paciente, orientações de como vai ser dentro da unidade, onde ele vai marcar consulta (Entrev_02).

Evocação, fluência verbal, cognição toda ela, a estratificação de risco que diz que meu paciente tem a fragilidade de risco que ele tem, aí demonstra se ele é frágil ou robusto (Entrev_03).

Essa avaliação aborda uma série de coisas dessa área de geriatria, para avaliar a funcionalidade do idoso, esse instrumento dá um score, para dar o grau de fragilidade do idoso, aí dependendo disso encaminhamos para o geriatra (Entrev_02).

Essa avaliação geriátrica possibilita avaliação de múltiplas dimensões, permitindo estruturação e organização do cuidado à pessoa idosa. Compreende de forma ampliada e integral sobre o estado de saúde do indivíduo, identificando as áreas mais comprometidas que podem afetar a funcionalidade da pessoa idosa.

Na AMI observa-se a avaliação clínica considerando todo o histórico de saúde-doença do usuário, a anamnese que é feita e ampliada e centrada na pessoa idosa, possibilitando um exame físico tradicional, buscando identificar a presença de alguns agravos, permitindo ainda a identificação de sintomatologias que comprometem a saúde e a qualidade de vida (BRASIL, 2018a).

É necessário que a abordagem dentro do serviço de saúde especializado possa atender a população idosa, para avaliar e identificar as necessidades e especificidades de cada pessoa idosa, do ponto de vista clínico, psicossocial e funcional, fortalecendo Rede de Atenção em Saúde na cidade de Manaus. Observa-se na fala de uma profissional que essa avaliação gerontológica pelo enfermeiro tem suas peculiaridades conforme descrito abaixo:

Em gerontologia faz a estratificação de risco dele, é completa, nós não abordamos apenas a questão da hipertensão, é tudo, diabetes, faz avaliação multidimensional, faz escala de depressão geriátrica, a escala de atividade diária (Entrev_03).

Tal avaliação permite o direcionamento de intervenções oportunas, que respondam às reais necessidades de cada pessoa, o que possibilita prognósticos mais favoráveis em sua trajetória de envelhecimento (JÚNIOR et al., 2014). Cabe ressaltar que a avaliação no idoso tem suas peculiaridades e que merecem atenção, principalmente uma vez que se trata de um centro de referência este precisa estar pautado em instrumentos que possibilitem uma avaliação ampla, porém factível para a clínica dos profissionais (BRASIL, 2018a).

Percebe-se um ponto fundamental durante a consulta de enfermagem, que está siga todas as etapas que dispõe o processo de enfermagem, pois merece atenção por parte dos profissionais enfermeiros, fazendo valer a implementação da prática profissional, seguindo todas as etapas do processo, de forma a prestar uma assistência de qualidade para a pessoa idosa, avaliando-o na sua integralidade, conforme o discurso a seguir:

O enfermeiro, ele vai coletar os dados, todo o histórico do paciente, e a partir disto, identificar os riscos e dá um diagnóstico de enfermagem e deste diagnóstico de enfermagem, ele precisa implementar uma ação (Entrev_03).

Durante a consulta de enfermagem gerontológica, deve seguir as etapas do processo de enfermagem, pois aliada a outros instrumentos de avaliação de saúde e comportamento permite uma pluralidade de informações, identificando possíveis problemas emergentes, as quais orientaram a tomada de decisão diagnóstica e de intervenção de enfermagem (ALENCAR et al., 2019).

No entanto, ainda é um desafio para que seja realizado esse processo, seguindo todas as etapas. Mesmo sabendo que é responsabilidade do enfermeiro cuidar da pessoa idosa, exigindo que as decisões sobre as intervenções propostas sejam eficientes e siga de modo criterioso, obedecendo todo o processo de coleta de dados, para que as informações sejam relevantes e direcionadas às condições e necessidades da pessoa idosa.

Evidencia-se que os enfermeiros devem conhecer e aplicar no seu trabalho o processo de enfermagem, pautando-se no compromisso com a melhoria da qualidade da assistência e promoção da autonomia. Contudo, é verificado que a maioria dos profissionais demonstra falta de conhecimento sobre essa metodologia de trabalho, não utilizando na prática profissional ou somente executando parte de suas etapas (ADAMY et al., 2015).

O que é perceptível durante a conversa com os profissionais que este processo não é realizado na sua íntegra e que acaba sendo realizado de forma fragmentada. Sendo notório que precisamos avançar na prática profissional, principalmente dentro do serviço especializado à pessoa idosa. E pensarmos que ainda temos algumas limitações no exercício da profissão.

Destarte, ao analisar através das falas das profissionais, quais os diagnósticos de enfermagem (DEs) que se apresentam na prática, entretanto, não foi possível obter esta informação, apresentando-se como um conteúdo escasso. Por tanto, à correlação dos termos: diagnóstico, prescrição e implementação, demonstra grande lacunas na implementação da consulta de Enfermagem neste quesito.

Observa-se no estudo realizado no CAIMI que alguns dos DEs utilizados com frequência na clínica pelos enfermeiros, foram os seguintes: confusão crônica, constipação, integridade da pele prejudicada, memória prejudicada, incontinência urinária, deambulação prejudicada, deficiência sensorial: visão ou audição, mobilidade física prejudicada, intolerância à atividade e risco de quedas. E após o estudo houve a inclusão de dois DEs: padrão de sono prejudicado e atividade recreativa ruim (BRELAZ et al., 2020). Contudo o estudo ressalta-se a necessidade de continuar a ser aplicado e aprimorado na prática clínica diária pelos enfermeiros do CAIMI.

No entanto, nota-se que os DEs apresentados anteriormente dizem respeito ao contexto de avaliação global do idoso que é realizada dentro do serviço, como parte das ações

desenvolvidas pelos enfermeiros. Contudo, o presente estudo tem como foco a pessoa idosa com hipertensão, carecendo de um olhar específico para os DEs que se enquadram dentro do contexto para compor o protocolo. Prever um suporte através da literatura científica para basear essa prática nas melhores evidências disponibilizadas.

No entanto, há a necessidade de melhorar a prática de enfermagem neste aspecto gerontológico, fazendo valer a real atribuição do enfermeiro dentro do serviço de saúde especializado à pessoa idosa. Confirma, a realização da prática de enfermagem efetivando, portanto, todas as etapas do processo de enfermagem e registrando suas ações para melhorar os cuidados prestados. Além disso, sugere-se a elaboração de protocolos específicos para cada cuidado de enfermagem realizado para uma melhor avaliação da qualidade da assistência prestada.

Neste sentido cabe inferir, que há uma necessidade do maior apoio do conselho de enfermagem do Amazonas, para disponibilizar notas técnicas e resoluções que nos possibilitem maior autonomia no serviço, principalmente quanto às práticas desenvolvidas pelos enfermeiros que atuam no CAIMI's em Manaus. Além de possibilitar autonomia profissional, permitirá o aperfeiçoamento dos profissionais quanto à temática abordada.

A AMI é um processo global e amplo que envolve vários aspectos, mas também tem como principal objetivo, a definição do diagnóstico multidimensional e do plano de cuidados (MORAES, 2012). Destaque para a aplicação da metodologia, pois permite ao profissional uma escuta qualificada, investigativa de todos os aspectos que envolve a pessoa idosa (familiares, sociais, culturais, econômicos, afetivos, biológicos etc.). Notou-se que apenas uma profissional relatou esse processo na sua prática, e ainda assim, relatou a necessidade de implementação do plano de cuidado.

Aí a gente traça o plano de cuidado, a partir disso nós precisamos traçar um plano e pensar e encaminhar para a equipe multidisciplinar, olha no meu ver esse paciente precisa ser encaminhado ao nutricionista e outros profissionais (Entrev_03).

Torna-se imprescindível que após avaliação do idoso, seja elaborado o plano de cuidado com suas devidas intervenções, sejam elas preventivas, curativas, reabilitadoras e/ou paliativas, e de promoção de Saúde. Deste modo, é possível planejar e implementar esse plano de cuidado de acordo com a necessidade do usuário apresentada.

O estudo realizado com pacientes crônicos, traz a importância da elaboração de planos de cuidado para os pacientes e suas famílias, em maior proporção quando os atendimentos são individuais, possibilitando maiores intervenções (SILVA et al., 2016). É interessante ressaltar

que o uso na prática clínica de estratégias de autogestão baseada em evidências é reconhecido como centrais para gerenciar uma variedade de condições crônicas, atendendo às demandas clínicas, emocionais e sociais dos pacientes, ao reconhecerem seus próprios papéis no gerenciamento das condições crônicas (BRASIL, 2018a), (SILVA et al., 2016), (PEDRO et al., 2016).

Registra-se que a consulta de enfermagem à pessoa idosa dentro do centro de referência a saúde do idoso em Manaus tem peculiaridades que precisam ser revisadas junto ao conselho de enfermagem e junto a secretaria de saúde do estado e município como parte de plano de melhoria de serviço prestado, pois as ações desenvolvidas pelas profissionais enfermeiras precisam está bem alinhada e respaldada para resguardar a prática profissional.

6.2.1.3 Domínio 3: O tecer das redes: de apoio e de atenção e serviços de saúde

Esta categoria/domínio de análise surgiu a partir das Classes 5 dentro da CHD, onde as principais palavras que deram sentido à formação da categoria foram: idoso, trabalhar, cuidador, entender, acompanhante, entre outras.

A rede de apoio ao cuidado da pessoa idosa envolve um conjunto de recursos pessoais, sociais e comunitários, disponíveis no território, os quais, ligados, podem facilitar os encaminhamentos necessários para a melhoria de vida das pessoas idosas. Paratanto é necessário que haja uma parceria e apoio deles para que os enfermeiros possam dar continuidade nesse cuidado.

As orientações devem ser dadas para o cuidador também, no momento que o enfermeiro está ali, está trabalhando ali com o idoso essas implementações, eles devem estar conscientizando o cuidador, porque eles precisam falar a mesma linguagem (Entrev_03).

Principalmente quando o idoso está iniciando, o idoso era provedor da casa ede repente tornou-se criança, orientar o familiar ou cuidador, porque eles ficam perdidos como criança, não traz os exames (Entrev_02).

Acho que idoso poderia ser obrigado, trazer o acompanhante na consulta como é com a criança, acredito que quando você envolve o paciente e ações, acho que tem a soma na qualidade do serviço (Entrev_01).

Essa rede de apoio que se destaca pelas relações entre o paciente e seus cuidadores, seja de modo formal ou informal, tem grande significação para o paciente. Ressalta-se que essas redes funcionam como pontos de apoio, auxiliando os indivíduos aenfrentar os problemas da vida diária encontrados, bem como aqueles excepcionais que se manifestam em momentos de

agravos à saúde.

Os principais pontos que compõem a rede de suporte social são a família (estabelecida pela relação de parentesco ou não), a comunidade e os amigos. O cuidador de idosos usualmente é um familiar, do sexo feminino e, muitas vezes, é também idoso. Na sua maioria são pessoas não qualificadas, que assumiram o papel de cuidador pela disponibilidade, instinto ou vontade (MARA et al., 2020). Estudo evidencia que os familiares costumam ser mais próximos e, por isto, são considerados importantes no que se refere ao apoio no cuidado à pessoa idosa. (SANT'ANA; ELBOUX, 2019).

Destaca-se nas falas das profissionais quanto a necessidade de se trabalhar essa rede apoio familiar, pois independente do quadro de saúde da pessoa idosa, ou estado de saúde que ela esteja, a presença do familiar ou mesmo cuidador, possibilita melhores resultados de saúde, esse elo entre os profissionais e o familiar precisam ser fortalecidos. Cabe aos enfermeiros estreitar esses laços durante a consulta, trazendo o familiar como responsável pelo cuidado ao usuário. De forma que a atenção dada dentro do serviço de saúde possa ser de boa qualidade e eficaz para melhoria da saúde do idoso. Observa-se o discurso a seguir:

Concorda comigo que o cuidador precisa estar junto, porque para ouvir quem faz a comida do idoso, às vezes por exemplo é a esposa do idoso que está ali, às vezes a filha que está ali (Entrev_03).

*Eu bato muito na tecla de que a família é fundamental nesse processo (Entrev_04).
Aí tem que se aproximar da família, esse filho, muitas vezes a família não se dá conta de que forma e como o familiar pode ajudar nas intervenções de enfermagem, nesse processo (Entrev_01).*

Ressaltamos que esta dimensão sociofamiliar é fundamental na avaliação multidimensional do idoso. A família constitui-se na principal instituição cuidadora de idosos dependentes, assumindo todo o cuidado de longa duração (MORAES, 2012). Cabe às unidades de atenção também lançar mão de instrumentos para avaliar essa dimensão familiar, até como parte do seguimento do cuidado à pessoa idosa (BRASIL, 2006b). Como parte promissora do cuidado, esta necessita também de intervenção por parte dos profissionais, de forma a atender o usuário de acordo com o que é preconizado pelo SUS.

Merece destaque para esse suporte sociofamiliar por colaborar com a qualidade das relações de apoio, sendo, portanto, mais importante do que a quantidade de parceiros sociais neles envolvidos (LINS; ROSAS; NERI, 2018). Sabe-se, que as intervenções quando implementadas junto aos familiares e/ou cuidadores, fortalece a tecnologia das relações, que

apoiadas no conhecimento científico, contribuem significativamente para as práticas de atenção à saúde do idoso (NOGUEIRA et al., 2016).

Dessa forma há de se estimular a participação do familiar e/ou cuidador para junto a prática profissional, fortalecendo o vínculo e deixar o familiar ciente de sua corresponsabilização do cuidado junto a pessoa que necessita dessa atenção. E independente do grau de fragilidade que este idoso se encontra, ele precisa saber que temo apoio não somente do serviço de saúde, mas principalmente de sua rede de apoio familiar para auxiliá-lo no cuidado cotidiano. Mas esse apoio é fundamental principalmente para os idosos com maiores limitações e mais fragilizados. Destaque nas seguintes falas:

Trazer um familiar, um neto que cuide, a filha, trazer alguém, é nesse momento, que o enfermeiro pega e conversa e aí fala como está em casa (Entrev_04).

O que podemos fazer é chamar o filho, chamar a atenção desse filho, eles vêm muitas vezes sozinhos, da mesma maneira que a criança não pode vir só o idoso também não pode vir só (Entrev_01).

A minha maior dificuldade é primeira se o idoso vier só e for o idoso limitado, frágil, isso é uma dificuldade ele tem e precisa vir acompanhado (Entrev_04). O cuidador vai saber que o idoso é fragilizado vai vir acompanhando certo, o cuidador já vai saber que o idoso precisa de cuidado e aí ele vai controlar melhor a pressão (Entrev_04).

Destarte o cuidador independentemente da fase ou faixa etária que se encontra prestando cuidados, pode significar confrontar-se com inúmeros desafios, além de acarretar prejuízos devido alguns estressores que podem surgir no decorrer da realização do cuidado no dia a dia velhice (ALVES et al., 2018). Para tanto, se faz necessário que o enfermeiro possa ter conhecimento desses estressores e sempre que necessário ou percebido, possa acionar os diversos meios de suporte, para que possam dar orientações quanto aos recursos de diversas naturezas para esse apoio, mesmo que estes estejam escassos ou insuficientes.

Foi destaque em uma das falas de uma profissional, quanto a necessidade da educação em saúde para o familiar ou cuidador, haja vista que, ele tem seus anseios e demanda de orientações específicas para poder auxiliar no cuidado domiciliar. É o que observou-se nos depoimentos a seguir:

Por isso eu bato na tecla que precisa trabalhar a família, eu acho que é interessante para somar e diminuir a evasão (Entrev_04).

As orientações devem ser dadas ao cuidador também no momento que o enfermeiro está ali trabalhando ali com o idoso, essas implementações elas devem estar conscientizando o cuidador, porque eles precisam falar a mesma linguagem (Entrev_03).

Orientar o cuidador ou familiar porque eles ficam perdidos como criança, não trazem os exames (Entrev_02).

Aqui é de maior idade, muitos são avós, pais e não tem esse cuidado em casa, acho que o cuidado com os idosos começa em casa (Entrev_04).

Verificou-se também que as profissionais do CAIMI's sentem esse processo desafiador. Isso relaciona-se, sobretudo, a não participação do cuidador como corresponsável pelo cuidado, bem como a não adesão do familiar junto ao processo terapêutico. O que possibilitaria a minimização da evasão por parte dos idosos, garantindo, portanto, maior resolutividade do serviço e a capacidade da rede em atender a população idosa dentro da sua integralidade.

É necessário salientar a importância quanto ao preparo do cuidador, uma vez que este apresenta-se muitas vezes sem capacitação, informações, suporte adequado para prestar assistência a pessoa idosa. Embora estes pontos abordados podem ter efeitos negativos na sua saúde, além de sobrecarga (COSTA et al., 2020). Para tanto, compete ao enfermeiro como parte integrante da equipe de saúde, promover orientações ao cuidador, assim a educação em saúde concebida a partir de um objetivo inicial, com planejamento adequado e metodologia sistematizada poderá obter de bons resultados (OLIVEIRA et al., 2013).

Destaca-se nos discursos apresentados a seguir, que o apoio ao familiar e/ou cuidador, perpassa o uso de tecnologias sejam estas leve ou leveduras, como forma de suporte para que o acompanhamento possa ser continuado no domicílio. Conforme apresentado pelas enfermeiras:

Educação continuada, puxa toda a família, chama a família, chama todo mundo, todos tem a obrigação (Entrev_04).

Orientar o familiar ou cuidador, porque eles ficam perdidos (Entrev_02). Fazer palestras e distribuição de folders, os folders levam para casa, os folders com orientações (Entrev_04).

Geralmente eu faço palestra porque é um acompanhante por idoso, fico observando, não posso tirar eles do salão (Entrev_04).

Uma palestra de conscientização dos direitos dos idosos e deveres dos familiares (Entrev_04).

Fora daqui eles são desassistidos, principalmente para trabalhar a educação familiar (Entrev_04).

Contudo, ações para uma efetiva transição do cuidado não são uma realidade em grande parte das instituições brasileiras, principalmente no que diz respeito à educação do cuidador para o cuidado domiciliar (SANTOS et al., 2020a). No entanto, este é um ponto que o próprio Ministério da Saúde reforça como ponto de fortalecimento da atenção ao idoso (BRASIL, 2018a). É papel do enfermeiro fazer cumprir o que recomenda às entidades de atenção à pessoa

idosa.

A importância dessa prática educativa é um incremento de políticas públicas de saúde, sendo um facilitador na correlação do conhecimento adquirido pelos idosos e seus cuidadores, possibilitando a identificação de fatores de riscos e do reconhecimento da doença e seus agravos. Apresenta-se tais conhecimentos adquiridos por meio de atividades em grupo, palestras dentro das unidades de saúde e panfletos distribuídos como métodos educativos aplicados (JANINI; BESSLER; VARGAS, 2015).

A disponibilidade por parte do cuidador deve sempre ser acompanhada, pois a carga sobre ele pode ser muito significativa. Compete ao profissional de saúde avaliar a capacidade adaptativa do cuidador seja este familiar ou não família, deve-se acompanhar o grau de companheirismo, a força da ligação afetiva entre o cuidador e a pessoa idosa, e a capacidade que este tem de solucionar os problemas apresentado pelo idoso, pois são estes elementos centrais à boa funcionalidade familiar (LINS; ROSAS; NERI, 2018).

Um ponto levantado na fala de uma das profissionais foi a conduta observada por parte dos familiares ou cuidadores durante a assistência no ambulatório, sendo observado condutas que são sinais de violência contra o idoso, devendo, portanto, o enfermeiro, ficar em alerta quando notado algum sinal que seja estressor tanto para a pessoa idosa, quanto para o cuidador. Observa-se a seguir:

Não consegue entender que o pai ou a mãe vão precisar de cuidado e aí o idoso chega malcuidado (Entrev_04).

Quando o idoso está desassistido, desorientado, eu não concordo que esteja só (Entrev_04).

Se ele vive com o neto que saca a aposentadoria e pega o dinheiro, o filho que ficar com a aposentadoria, o filho na frente fala uma coisa, mas por trás está maltratando o idoso (Entrev_04).

O que vemos hoje é o idoso indo para o lado da depressão, porque são só, se sente só, só hoje uma disse para mim, tenho 8 filhos, a casa está cheia, mas euestou só (Entrev_01).

Saber que o idoso tem direito, como também os filhos têm obrigações de cuidar dos pais, muitos não têm consciência, mas é sim obrigação dos filhos (Entrev_04).

Quando observado sobrecarga desse cuidado, é expresso pelo próprio cuidador ou o idoso, cabe avaliar as demais redes de suporte que estão presentes, como parte de outras opções assistenciais oferecidas às famílias com o objetivo de adequar as necessidades emanadas pelos idosos, de forma resolutiva, podendo ser uma alternativa para dar continuidade ao cuidado.

Em um estudo realizado no CAIMI em Manaus, observou-se que 85% dos cuidadores avaliados corresponderam ao gênero feminino e 15% masculino. Sendo que estes cuidadores foram identificados como parentes diretos de idosos com dependência, sendo 47% filhos e 18% cônjuges, com uma idade média de $56,8 \pm 12,9$ anos. Outro fator analisado foi a média do escore Zarit de acordo com a faixa etária, sendo o maior escore obtido entre 45-64 anos com $58,34 \pm 19,6$ pontos e o menor entre 25-44 com $54,73 \pm 16,2$ pontos. Isso comprova que é significativa a presença do cuidador durante o acompanhamento. E mesmo que a maioria tenha idade avançada, não necessariamente apresentam sobrecarga no cuidado (ARAÚJO et al., 2017).

Os grupos de cuidadores podem ser uma estratégia útil para esse fim (NOGUEIRA; BALDISSERA, 2018). O guia prático do cuidador, elaborado pelo Ministério da Saúde, oferece orientações práticas para o cuidador (BRASIL, 2006b). Este guia dispõe de muitas informações que mesmo desatualizadas podem guiar os cuidadores com muitas informações pertinentes ao cuidado (BRASIL, 2008). Observa-se que ainda é negligenciado o planejamento programado para a manutenção da saúde dos cuidadores e das famílias dos idosos (DIAS et al., 2014). Vale destacar que nosso papel enquanto profissional de saúde é também refletir sobre a condição do cuidador familiar e agir, no intuito de propor a implementação de propostas educativas/cuidativas para estes, de modo a fortalecer esse vínculo para darmos seguimento ao cuidado à pessoa idosa.

Destarte a falta de atividades de apoio aos cuidadores informais de idosos e de capacitação e educação continuada dos profissionais foram mencionadas como um fator que interfere diretamente na qualidade de vida dos usuários (DIAS et al., 2014), muitos cuidadores demonstram certa relutância em comunicar as suas necessidades aos profissionais, por pensarem não ser aceitável fazê-lo (PORTELLA, 2010). É importante dizer que nosso papel não é julgar o cuidador, mas, entendê-lo da forma mais humanizada para que possa sentir-se participativo e colaborador do cuidado prestado.

Outro ponto abordado por uma das enfermeiras é referente a importância de não só envolver o familiar ou cuidador na implementação da assistência ao idoso, mas é necessário ir além da educação, é pertinente que a unidade forneça também outros meios de apoio para os cuidadores. De modo a garantir também um apoio conforme preconiza o Ministério da Saúde.

Devem criar um ambiente familiar para todos os idosos comparecerem pelo menos uma vez por semana (Entrev_04).

Então eu acho que deveria ser mais integrado e tudo acho que a família, a instituição e demais instituições, elas poderiam ser mais próximas, além disso estaria trabalhando de forma melhor e positiva (Entrev_04).

Outro ponto que merece destaque são os grupos de apoio, voltados também para a educação em saúde, conta com a participação de familiares e /ou cuidador, além das pessoas idosas, tendo como intuito levar informações a todos os participantes, principalmente questões inerentes ao processo de envelhecimento, suas necessidades, e não se centrarem nas patologias comuns nessa etapa da vida, mas principalmente estimular o convívio social entre seus membros, de forma mais leve possível.

A importância de trabalhar essa parceria junto ao cuidador ou familiar permite que haja melhora da qualidade de vida da pessoa idosa (BRASIL, 2018a). Destarte, esse apoio possibilita maior manejo da condição clínica da pessoa idosa (SANTOS et al., 2020a), (DIAS et al., 2014). No entanto, nem sempre, essa coparticipação se efetiva de maneira positiva. Assim, o cuidador poderá reconhecer o idoso como um fardo, o que pode corroborar para situações de maus-tratos e até mesmo de abandono, o que se configura como um agravante para o planejamento e a continuidade do cuidado (WITCZAK; COUTINHO; LEITE, 2016), (MAIA et al., 2019).

Essa rede possibilita também o apoio emocional, pois muitos usuários acabam atribuindo a carga de significados que aparecem com o processo do envelhecimento, seja por questões de cronicidade de doenças, que os limitam, seja por solidão, seja pela perda de funcionalidade física ou social. E mesmo sabendo que esse apoio vai além do simples convívio, muitos acabam se privando por não conhecer o apoio que essa rede pode oferecer à pessoa idosa. Como atribuição do enfermeiro há de se incentivar a pessoa idosa para que possa ter acesso a esses serviços que auxiliarão e muito na melhora da qualidade de vida do indivíduo da melhor idade.

A rede de apoio de atenção é imprescindível para o envelhecimento saudável. A capacidade de socialização e integração social é considerada fator protetor da saúde e bem-estar (MORAES, 2012). Fato é que durante o discurso apresentado por uma das profissionais, teve esse apontamento da importância dessa rede de atenção e apoio, como medida para que a pessoa idosa pudesse ter um envelhecimento mais saudável, colaborando por tanto essa rede com o cuidado ao idoso, na sua integralidade. Conforme apresenta a fala a seguir:

Que ótimo seria poder ter a coordenação do cuidado da pessoa idosa, seja ela idoso ou não, e aí nós falando aqui sobre o idoso, essa coordenação dele giraria em torno desses níveis de atenção (Entrev_01).

Buscamos fazer o atendimento aqui, mas não tem continuidade em casa entendeu e não tem o apoio, o complemento também das outras instituições, acabamos trabalhando sozinho, eles lá, nós aqui e a família lá (Entrev_01). Então eu acho que

deveria ser mais integrado e tudo, acho que a família, a instituição e demais instituições elas poderiam ser mais próximas, além disso estaria trabalhando de forma melhor e positiva (Entrev_01).

Pelos relatos da profissional, é possível inferir que essa rede de atenção ainda é limitada, pois necessitam ser implementados na visão dessa profissional, apesar de não ter nítido um programa exclusivo ao idoso. E embora sejam desenvolvidas ações paralelas que buscam efetivar os direitos garantidos à pessoa idosa, percebe-se um certo despreparo por parte dos demais entrevistados em fazer uma sensibilização para a contribuição dessas ações para a vida desses usuários. De modo que essa rede de atenção oferece, orientação e busca a manutenção e/ou recuperação da independência e autonomia para melhorar a qualidade de vida no processo de envelhecimento (BRASIL, 2014a).

Sabe-se que a integralidade da atenção à saúde das pessoas idosas é intersetorial, sendo o setor saúde é apenas um dos aspectos que compõem o cuidado, considerando a necessidade de ações em todos os campos que promovam e protejam o envelhecimento saudável (BRASIL, 2018a). Não obstante, cabe destacar que o caminho junto à Rede de Atenção à Saúde (RAS) e/ou junto às redes intersetoriais envolve assistência social, proteção aos direitos básicos, de convivência, de lazer, esporte, cultura, educação, habitação, trabalho e renda, entre outros (SANT'ANA; ELBOUX, 2019), (SANTOS et al., 2016).

Confere que esses pontos de apoio citados anteriormente, são parte da rede de atenção existente em Manaus, que apesar de não delimitada e estabelecida em protocolo estadual, é um ponto que merece atenção, uma vez que pode colaborar com esse suporte de atenção à pessoa idosa, e precisa ter além de investimentos públicos, carece de divulgação, além de necessidade de alinhamento junto às entidades de atenção à pessoa idosa.

Apresentam-se ainda os centros de convivência da família e do idoso que possibilitam essa conexão, tendo grande apoio na saúde da pessoa idosa, seja física, mental e social, ainda destacamos como parte desse apoio a delegacia do idoso, temos também o parque do idoso, todos estes contribuem e possibilitam grande suporte para atender as necessidades deste público.

Estudo de Santos et al., (2017) realizado para avaliar a rede de atenção aos pacientes hipertensos, indicou a fragilidade da integralidade do cuidado, mostrando que a rede de atenção é incipiente no acesso e comunicação entre os pontos de atenção. Mesmo tendo poucas as ações voltadas para o apoio e gestão do cuidado à pessoa idosa, e às famílias, ainda são escassas estas ações e as ferramentas para uma abordagem integral (SANTOS et al., 2017). Esse apontamento

condiz com a fala da participante abordando essa fragilidade, e embora seja em outro estado, é evidente que a similaridade ocorre também na nossa realidade.

Esta rede de atenção, está alinhada com propostas inovadoras de saúde, que tem como propósito dispor de modelos de cuidado à pessoa idosa, que tem como objetivo manter o foco em ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação (MENDES, 2012).

Outro aspecto importante a considerar, refere-se às entidades representativas, como conselho do idoso e a Fundação aberta à terceira idade (FUNATI), que possibilitam a participação da pessoa idosa, buscando a garantia de seus direitos, fortalecendo e estimulando ações de promoção de saúde e do exercício da cidadania. Estes também são parte desta rede de cuidado à pessoa idosa na cidade de Manaus. E dentro da proposta deliberada pelo Ministério da Saúde ambas as instituições têm colaborado expressivamente nessa rede de atenção.

As diretrizes propostas para os cuidados a idosos no SUS, refere que a articulação em rede é um fator estruturante para a minimizar a fragmentação do cuidado. Destarte, no que se referente à saúde da pessoa idosa, devem ser apontadas estratégias que fortalecem a rede, tais como: capacitação das equipes multiprofissionais; a educação permanente e capacitação de profissionais de saúde e cuidadores; a atenção aos idosos, minimizando o risco de fragilidade. (BRASIL, 2014a).

A articulação intersetorial parte da concepção de trabalho conjunto, dialógico e articulado entre os equipamentos/serviços de saúde e aqueles pertencentes às mais variadas políticas públicas e de proteção social que tenham interface com as questões da população idosa. O processo de estruturação dessa rede deve considerar as características dos serviços ofertados no território e as especificidades das políticas sociais (saúde, assistência social, justiça, moradia, educação, direitos humanos, entre outras) (BRASIL, 2018a).

Por tanto, o tecer das redes só é possível pelo estreitamento dessas relações entre as instituições, por meio principalmente do repasse de informações que subsidiem o acompanhamento do idoso, favorecendo uma atenção integral. Estudo confirma que o repasse das informações está diretamente relacionado ao envolvimento e integração entre os profissionais de saúde e demais profissionais envolvidos na rede, que juntos constroem o sistema público de saúde brasileiro (SANTOS et al., 2016).

Para que o tecer das redes de atenção ocorra, há necessidade de fortalecimento e estreitamento das relações entre as redes, através, sobretudo, da comunicação, informações que

subsidiem o acompanhamento da saúde da pessoa idosa, para propagação de rede integral que funcione de maneira que envolva todas as entidades representativas de atenção à pessoa idosa.

Pensando nesta perspectiva do tecer das redes, a de lançar mãos na prática clínica de instrumentos simples para avaliar e propiciar ações mais efetivas (JESUS; ORLANDI; ZAZZETTA, 2018), (CAROLINE; MAURÍCIO; BRASIL, 2021). Sendo esta avaliação, o ponto cerne para a integração ao cuidado em saúde, bem como fatores de proteção a pessoa idosa que está sendo cuidada.

A avaliação de família e de redes propicia a melhoria na qualidade do cuidado dispensado, bem como a sistematização da assistência, a integração da família e suas relações no cuidar (ALBUQUERQUE; PORTO; DEININGER, 2021). Sendo o genograma e ecomapa muitos utilizados pela enfermagem, permitindo uma visibilidade ampla das relações, além de estudar a busca de suporte, possibilita a criação de vínculo entre o profissional e o familiar (SOUSA et al., 2020); (SOUZA FILHO; MAINBOURG; SILVA, 2017). Ambos instrumentos possibilitam conhecer os arranjos familiares e sociais para melhorias da condição crônica e contribuem de forma positiva para melhor adesão terapêutica (SANTOS et al., 2021).

6.2.1.4 Domínio 4: Promoção de cuidado e saúde para a pessoa idosa hipertensa

O surgimento desta categoria de análise foi a partir das Classes 1 dentro da CHD, onde as principais palavras que deram sentido à formação da categoria foram: importante, vida, qualidade, físico, atividade, entre outras.

Registra nessa categoria a reafirmação do direito à saúde segundo a Declaração de Alma-Ata de 1978, reafirmou o direito à saúde como seus valores fundamentais. Destacando-se a necessidade de serviços de saúde abrangentes, além dos serviços curativos, mas também serviços que atendam às necessidades de promoção da saúde, prevenção, reabilitação e tratamento de condições comuns (OPAS, 2018b).

Sabe-se que a promoção da saúde, é uma das estratégias de produção de saúde, articulado às políticas públicas e tecnologias no SUS, com foco a contribuir e responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2010b). Tal fato, retrata a promoção de cuidado e saúde vista como um processo contínuo, colaborando com a melhoria das condições de vida e saúde da população. No entanto, essas ações resultam da combinação de diversas ações dos Estado nas respectivas políticas públicas de saúde; envolvendo intervenções para as ações conjuntas intersetoriais (SIDNEY et al., 2008).

O estudo apresenta nas falas das profissionais as estratégias de promoção da saúde para

o envelhecimento, envolvendo ações que contribuem para a melhora da qualidade de vida da pessoa idosa, além de levantar a necessidade do estímulo para o autocuidado, além do controle da condição crônica e prevenção de outros agravos de saúde. Tais intervenções estão diretamente ligadas ao tratamento não medicamentoso, conforme descrito a seguir:

A primeira conduta que tomamos deve ser a orientação ao paciente sobre a atividade física, alimentação, redução do consumo de sódio (Entrev_03).

As orientações de nutrição e atividade física são muito importantes, depois dessa orientação muitos escutam e conseguem ficar só na fase de avaliação do monitoramento da pressão (Entrev_02).

Eu digo olha a atividade física é essencial para o coração é uma máquina (Entrev_04).

Mastigar lentamente é isso que friso e coloco para eles e a maioria diz que já faz isso, só falta a atividade física, então digo vamos então lentamente começar (Entrev_04).

Eu foco muito na alimentação porque é importante, frutas, verduras, legumes, comer pelo mínimo 3 refeições ao dia que contenha ovo ou carne ou peixe ou frango proteínas (Entrev_04).

Essa intervenção é tão importante para ele, então a atividade física e a dieta (Entrev_02)

As enfermeiras pautam suas intervenções com base na promoção da saúde, fortalecendo as informações em educação em saúde. Dentre estas, destacamos as intervenções educativas, no estímulo à prática de exercício físico e a nutrição, sendo as intervenções que mais se destacaram no discurso.

Isso nos remete ao discurso das enfermeiras estarem alinhados a proposta do Ministério da Saúde e o próprio Diretriz Brasileira de Hipertensão, que orienta aos profissionais quanto ao estímulo a medidas e condutas não medicamentosas, tais como a adoção de práticas de exercícios físicos e alimentação adequada, sendo estas estratégias fundamentais para a prevenção e o controle da Hipertensão (BRASIL, 2013b), (BARROSO et al., 2020). São ações de baixo custo e risco mínimo, capazes de contribuir para a regulação da pressão arterial, tratamento de dislipidemias e da obesidade, além de outros benefícios (FEITOSA-FILHO et al., 2019).

Destacou-se nas falas, que as ações de promoção à saúde estão voltadas principalmente para componentes alimentar e de exercícios físicos. Chama a atenção o discurso, pelo fato de a literatura trazer inúmeros artigos que abordam essas intervenções de promoção a saúde pelos profissionais enfermeiros (FREITAS; SANTOS, 2015), (MATIAS; KAIZER; SÃO-JOÃO,

2021), (SILVA; VICENTE; SANTOS, 2014).

É relevante salientar que a melhora da qualidade da saúde da pessoa idosa é perceptível, quando estes aderem essas atividades físicas, tornando melhores os resultados relacionados ao controle da condição crônica, possibilita maior autonomia, a funcionalidade, a mobilidade e a flexibilidade em idosos, além de colaborar com medidas protetivas para doenças cardiovasculares, e promover o controle e perda de peso (SUZUKI et al., 2018).

Estudos internacionais e nacionais abordam os benefícios da prática regular da atividade física para prevenção e controle da hipertensão (RISSARDI et al., 2018), (QUIROZ et al., 2020), (SOARES et al., 2018), (PEREIRA et al., 2019). Tal prática possibilita melhor controle da pressão arterial, além de contribuir para prevenção de Doenças Cardiovasculares.

Sabe-se que a realização de exercício físico talvez seja o comportamento mais fácil de aderir, já que até mesmo atividades praticadas durante os momentos de lazer estão associadas ao controle da pressão, porém verifica-se que essa prática não é uma realidade vivenciada por grande parte de hipertensos (SUZUKI et al., 2018).

O estudo de Rissardi et al., (2018) aponta os benefícios da prevalência reduzida de hipertensão relacionada a uma maior taxa de atividade física. Sendo que a atividade física está diretamente associada à diminuição da resistência periférica total, melhorando o relaxamento dependente do endotélio, mediado principalmente por um aumento significativo na produção de óxido nítrico vascular (NO) e / ou diminuição na eliminação de NO por espécies reativas de oxigênio. Além disso, o exercício também demonstrou liberar várias citocinas e peptídeos anti-inflamatórios, que por sua vez aumentam a biodisponibilidade de NO. A vasodilatação relacionada ao exercício também foi associada ao crescimento de novas arteríolas e à redução da atividade simpática nervosa (RISSARDI et al., 2018).

No estudo observacional, realizado por Yang, descobriu-se que o aumento da atividade física e a redução da ingestão de sal foram associados ao controle bem-sucedido da pressão arterial. Além disso, o aumento do IMC foi negativamente associado ao controle adequado da pressão arterial (YANG et al., 2017).

No tocante a alimentação saudável, ela é sem dúvidas, uma medida protetiva não somente para o controle da pressão arterial, mas é tida como protetiva para diversas condições de saúde como cardiovasculares, cardiometabólicas, síndromes geriátricas, entre outras, que se não aderida essa nutrição adequada, pode haver um comprometimento na saúde da pessoa idosa.

Seguindo orientações do Ministério da Saúde é papel do enfermeiro como membro da equipe de saúde deve motivar o usuário a aderir corretamente ao tratamento não medicamentoso, principalmente, no que diz respeito aos aspectos relacionados ao estilo de vida.

Deve-se, portanto, sensibilizar o hipertenso sobre a influência positiva para melhores hábitos como alimentação adequada entre outros (BRASIL, 2006c).

Essa diversidade de opções dietéticas é estimulada por contribuir é benéfico no tratamento da hipertensão, incluindo redução da ingestão de sódio; moderação da ingestão de álcool; perda de peso em indivíduos com sobrepeso ou obesos; e uma dieta rica em frutas, vegetais, legumes e laticínios com baixo teor de gordura, e pobre em lanches, doces, carnes e alimentos gordurosos saturados. Fatores dietéticos individuais também podem ser úteis na redução da pressão arterial (YANG et al., 2017).

Pode-se ter como base para uma boa orientação a respeito da alimentação saudáveis guias elaborados pelo Ministério da Saúde que orienta não somente o consumo de alimentos adequados, mas que também reforça a política nacional de alimentação e nutrição desde 1999, onde desde então vem promovendo o estímulo a necessidade de promover dietas saudáveis e estilos de vida ativos (BRASIL, 2014b) (BRASIL, 2018b).

Destacando a importância da realização da orientação nutricional para a promoção da alimentação adequada e saudável, sobretudo em serviços de promoção da saúde como o atendimento primário, no qual grande parte do público-alvo tem alguma condição crônica como a hipertensão, devendo sempre que possível ser estimulada a boas práticas de estímulo à alimentação adequada (SILVA et al., 2020). Ressalta ainda que o tratamento das DCNT está estritamente relacionado à promoção de práticas alimentares saudáveis; entretanto, estas ações também são essenciais para prevenir o seu desenvolvimento, bem como promover a qualidade de vida dos indivíduos (MENDES, 2012).

Um ponto observado em uma das falas da enfermeira foi quanto a necessidade de facilitar o repasse dessas informações para o idoso com hipertensão, pois muitos têm suas limitações na visão e memória. Logo, compete ao profissional ter que lançar mão de tecnologias leves para facilitar esse processo educativo. Conforme apresenta os depoimentos a seguir:

Fiz com a minha filha, construir um pratinho de massinha sobre orientação alimentar (Entrev_03).

O idoso é muito visual, você pensa que toda aquela limitação, acuidade visual diminuída, então temo que facilitar essas informações de uma maneira que ele consiga reter essas informações (Entrev_03).

A orientação nutricional quando não realizada atendendo às necessidades do usuário, ela pode gerar viés de informação devido a dificuldades de recordação ou até mesmo a

percepção equivocada sobre o que é a alimentação adequada. Em um estudo realizada com idosos destacou que dependendo da forma como é transmitida, a interpretação dos usuários pode não ser levada como uma orientação nutricional. Para muitos usuários podem aderir às orientações nutricionais apenas quando realizadas em consultas individuais ou quando atreladas ao recebimento de plano alimentar ou realizadas por escrito, o que pode subestimar a prevalência do recebimento de orientação nutricional (SILVA et al., 2020).

Quando destacada essas intervenções por enfermeiros, podemos observar que essas práticas de promoção à saúde aos pacientes hipertensos são muito citadas como uma das intervenções no cotidiano dos profissionais, além de ações educativas desenvolvidas, estas auxiliam a promoção do cuidado integral de enfermagem, sendo permeado por comprometimento, confiança e respeito entre o cliente e o profissional de saúde.

Os discursos apresentados pelas enfermeiras evidenciaram um modelo de consulta onde os enfermeiros baseiam suas prescrições e implementações conforme as queixas que o idoso relata no momento de sua avaliação e realizam orientações para o incentivo a mudança de estilo de vida com a adoção de atividades físicas e alimentação saudável.

Os programas de promoção da saúde designados à terceira idade mostram visivelmente o benefício para a saúde dessas pessoas, ou seja, contribuem para o envelhecimento saudável. Os resultados obtidos a partir dessas ações também colaboram com o aspecto social, devido aos idosos que passam a manter um estilo de vida saudável durante mais tempo (KARINA; PINHEIRO, 2019). O programa de treinamento de resistência em circuito pode melhorar a saúde cardiovascular e a eficiência energética pode ajudar a prevenir doenças cardiovasculares e melhorar a economia de movimento em indivíduos mais velhos (SUZUKI et al., 2018).

Hoje temos várias indicações de dietas que auxiliam na prevenção da hipertensão, além de favorecer o controle do paciente hipertenso, auxilia na saúde como um todo (BARROSO et al., 2020) ; (MENDES, 2012). Temos a dieta DASH e suas variantes (baixa quantidade de gordura, mediterrânea, vegetariana/vegana, nórdica, baixo teor de carboidratos etc.) (BRASIL, 2018b).

Um estudo randomizado controlado, realizado por Schwingshackl et al., (2019) sobre a dieta mediterrânea apontou que essa dieta tem demonstrado eficácia para melhorar a saúde cardiovascular e cognitiva e continua a oferecer efeitos positivos. Portanto aliada a vários nutrientes que possibilitam contêm nutrientes bioativos e fitoquímicos, incluindo ácidos graxos mono e poliinsaturados, como ômega-3, polifenóis, incluindo flavonóides, vitaminas, minerais (SCHWINGSHACKL et al., 2019).

Os benefícios são ainda maiores quando ocorre em conjunto a redução de ingestão de

sódio (SILVA et al., 2013). Todos os documentos sobre o assunto indicam a alimentação com consumo de frutas, verduras, legumes, cereais, leite e derivados, além de indicarem menor quantidade de gordura e sal (BARROSO et al., 2020). Um estudo de metanálise que comparou algumas variedades dessas dietas com a dieta padrão mostrou maior redução da PAS (-9,73 a -2,32 mmHg) e PAD (-4,85 a -1,27 mmHg) no grupo com dietas adequadas. Devem ser levados em conta os aspectos socioeconômicos e culturais para que ocorra adesão a determinado tipo de recomendação alimentar (SCHWINGSHACKL et al., 2019).

Conforme orientado pelo Ministério da Saúde, a alimentação saudável é um dos pilares das estratégias para o cuidado da pessoa com condição crônica, tendo como objetivo: redução dos níveis pressóricos, possibilitando a diminuição da quantidade de fármacos utilizados na terapia medicamentosa; manutenção do peso corporal, redução da obesidade visceral e redução de peso, nos casos de sobrepeso e obesidade; adequação do consumo energético e de macro e micronutrientes, conforme necessidades individuais; valorização dos hábitos e da cultura alimentar, assim como de uma alimentação saudável, promovendo ações de reeducação alimentar, a fim de possibilitar mudanças de hábitos sustentáveis em longo prazo; prevenção ou retardo dos agravos vinculados aos hábitos e padrões alimentares (BRASIL, 2013b). Portanto, cabe ao profissional de saúde orientar mudanças na dieta habitual visando à adequação do consumo energético, dos macros e micronutrientes.

De fato, em concordância com as participantes, essas intervenções voltadas para o exercício físico e a alimentação saudável é muito praticada, portanto cabe destacar que essas medidas de tratamento não medicamentosas, incluem ainda outras: a redução do consumo de álcool, o controle da obesidade, e a cessação do tabaco.

Todavia, isso não exige o enfermeiro de intervir e estimular tais medidas como forma de promover a saúde a pessoa idosa com hipertensão, visto que incentivá-los precocemente garante um melhor desfecho para hábitos saudáveis de vida. Podendo inferir, que há uma lacuna na abordagem de outros fatores que contribuem com essa melhora da saúde, controle, tratamento da doença crônica (MENDES, 2012).

Mesmo diante desta lacuna, há de se destacar que essas orientações fortalecem a adesão terapêutica para o tratamento não medicamentosos. Conforme observado a seguir:

A nossa parte de orientação é importantíssima (Entrev_02).

A situação melhora a qualidade de vida, o sono, e até o remédio melhora e faz efeito, eu penso assim até a cabeça do idoso quando está boa, todo o resto está (Entrev_04).

Quer dizer, se você quebra um desses pilares, com certeza você vai ter ali uma descompensação de alguma coisa, então tentávamos explicar para eles dessa

maneira, para que eles entendessem e no final eles davam feedback para nós, nosso papel é muito esse educativo e preventivo (Entrev_03).

Quando as intervenções são centradas nas orientações e estratégias que culminam para melhora de saúde e até transformação do sujeito, percebe-se que há essas modificações dos hábitos diretamente relacionado a alimentação, adesão medicamentosa, adesão a atividades físicas e olhar crítico para prevenção de complicações pelas síndromes geriátricas, como exemplo: quedas dentro do domicílio. Possibilitando o empoderamento da pessoa idosa para ser corresponsável pela sua saúde (NOGUEIRA et al., 2016).

A adesão a esses hábitos de vida favorece a redução dos níveis pressóricos e contribui para a prevenção de complicações cardiovasculares. Educação em saúde é uma tecnologia leve de assistência e comprovadamente efetiva para promover saúde, além de contribuir para mudanças de hábitos e prevenir DCNT. Dessa forma, precisa ser melhor e mais explorada pelos profissionais dentro da saúde primária (SILVA et al., 2020).

Detecta-se na literatura que as orientações sobre hábitos saudáveis, realizadas por profissionais de saúde, devem ser cada vez mais estimuladas, considerando as características da população idosa e da carga de condições crônicas (MENDES, 2012). Acredita-se que os serviços possam ainda estar despreparados para atender à crescente demanda de idosos no contexto de incentivo à adoção de um estilo saudável, mesmo com as melhorias evidenciadas principalmente em relação aos serviços financiados pelo SUS (FLORES et al., 2016).

Registra-se o discurso feito pelas enfermeiras quanto às intervenções e orientações voltadas para a necessidade da pessoa idosa, sendo perceptível, que estas intervenções além de estarem voltadas para a promoção do cuidado, visam a melhora da saúde e da vida da pessoa idosa. Conforme demonstrado nas falas a seguir:

Eles precisam se sentir valorizados, vendo que tem pessoas que se importam com ele, digo isso pois hoje já melhorou bastante a qualidade de vida deles (Entrev_02).

A gente tenta primeiro trabalhar essas medidas que são cientificamente comprovadas e a potencialidade delas e tentamos primeiramente trabalhar a qualidade de vida (Entrev_03).

Nossa missão é a melhoria da qualidade de atendimento para o idoso, para que ele tenha uma melhor qualidade de vida (Entrev_02).

Verificar essas orientações para a manutenção da saúde sabe (Entrev_01).

A literatura reforça que as intervenções de educação em saúde para mudança de hábitos alimentares mais saudáveis é uma atribuição de todos os profissionais, que compõem a atenção primária à saúde (SILVA et al., 2013). Tais intervenções auxiliam na melhora da autonomia e do empoderamento individual para mudança do comportamento, como por exemplo: o

autocuidado, além de buscar a resolução de problemas com uma perspectiva participativa, interdisciplinar e intersetorial (VERAS, 2011). Essas intervenções são adequadas com o que é preconizado para ações na atenção primária em saúde (RIBEIRO et al., 2017).

Sabendo que grande parte das doenças crônicas estão ligadas a uma sociedade em envelhecimento, mas também às escolhas de estilo de vida, como o tabagismo, consumo de álcool, comportamento sexual, dieta inadequada e inatividade física, além da predisposição genética (VERAS, 2011). Cabe ao profissional uma investigação detalhada desses hábitos durante a consulta a fim de contribuir para a detecção e intervenção (SOUSA et al., 2015).

É notório que os idosos apresentam maior criação de vínculos e mudanças nos hábitos de vida quando são bem orientados, pois estas intervenções contribuem para o bem-estar, para a autonomia, qualidade de vida e melhora da saúde. Tais resultados sinalizam a qualidade do cuidado prestado pelas intervenções de enfermagem (NOGUEIRA et al., 2016).

Contribui a fala das profissionais para reforçar a necessidade que os pacientes têm de serem assistidos e orientados na promoção da saúde, pois tal fato contribui para melhoria da qualidade de vida e prevenção de agravos à saúde. Daí a necessidade de acompanhar essas intervenções para saber se a pessoa idosa com hipertensão está conseguindo seguir, ou aderir às orientações que lhes foram passadas. Destaque algumas falas:

Com esse monitoramento, seria realmente um acompanhamento para melhorar a qualidade de vida desses pacientes que precisam de acompanhamento (Entrev_02). Então aqui conosco temos uma centralização da assistência, fica muito mais fácil para a gente acompanhar a saúde deles, porque às vezes eles ficam divididos em vários locais (Entrev_01).

Apontado pela literatura, a adesão ao tratamento não farmacológico é um desafio para o sistema de saúde porque ocorre a médio e longo prazo, para que seja efetivado depende dos esforços dos indivíduos e além do apoio e acompanhamento pelos profissionais de saúde. Ressalta ainda que as intervenções educacionais voltadas para promoção de saúde aumentam a adesão ao tratamento não farmacológico da hipertensão (MACHADO et al., 2016).

Considerando que o profissional que atua diretamente nos cuidados de saúde primários este deve ter suas ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças, oferecer cuidados para um estilo de vida saudável, detectar fatores de risco e problemas de saúde e realizar apoio social (CHAVES COSTA et al., 2016).

Melhorou até a pressão e eles marcam só para ouvir novamente e é muito legal então essa parte, eu então, eu acho que é, que esse atendimento e acolhimento com qualidade

(Entrev_02).

A partir do momento que ele consiga entender a necessidade de que ele tenha seu retorno, que ele se sinta importante, às vezes o próprio paciente se sente abandonado, ele não quer mais ir à unidade (Entrev_02).

No próximo ano acho que a assistência vai melhorar, dependendo da nova gestão reativar a unidade com sustentação de melhoria de cuidado ao idoso vai ser bom (Entrev_01).

Porque sabemos que existe o programa do idoso e então, que seja feito com qualidade, também que tenha essa mesma ligação, sabemos que entre o estado e prefeitura tem diferença, isso na nossa opinião (Entrev_01).

Mas no geral é feito um agendamento de uma semana, para agendamento no dia é feito um acordo com a médica, a médica que está aqui é muito boa porque até para trabalhar com idoso (Entrev_01).

Principalmente agora que convivemos com a pandemia, não vamos poder atender todos os pacientes que entraram na unidade, nós estamos atendendo pacientes marcados, não conseguimos atender aquele fluxo, eles dão entrada conforme necessidade que é mais importante (Entrev_02).

Nós abrimos esses laços, seria uma chance e é peça importante, porque o médico lá no seu consultório não consegue ver, nós conseguimos abrir e ajudar, não tem como pensar nesta assistência sem a presença do enfermeiro (Entrev_01).

O médico vai passar a medicação para ele e tal e pronto, mas só, que eu tento quebrar isso, eu converso com idoso, ele fica mais à vontade, faço uma pergunta e ele quer contar a vida inteira (Entrev_04).

Conforme se acredita, o enfermeiro como profissional da equipe multidisciplinar de saúde e líder da equipe de enfermagem deve desenvolver intervenções seguras e eficazes, levando em consideração a promoção da saúde. Assim, estas práticas de cuidado melhoram a qualidade da assistência, bem como contribuem para o reconhecimento da importância das ações de enfermagem em qualquer nível de assistência à saúde (GUEDES et al., 2012).

O cuidado direcionado ao idoso pode representar uma experiência que fortalece vínculo afetivo e facilita a parceria entre os envolvidos por meio da construção coletiva das intervenções terapêuticas balizadas por suas necessidades (NOGUEIRA et al., 2016). Podemos afirmar que o vínculo verbalizado pelos idosos possibilitou a interação entre enfermeiros, familiares e idosos, proporcionando o estabelecimento de forte aliança terapêutica, fato esse que indiscutivelmente colaborou para as orientações individuais e pactuação do autocuidado (NOGUEIRA et al., 2016).

Considera-se diante dos achados, que os saberes dos enfermeiros se encontram norteados por ações curativas, embora tenha destaque que o protagonismo do cuidado esteja

ganhando espaço na relação entendida entre a pessoa idosa e a necessidade de cuidados. Por sua vez, a prática desse profissional tem sido mais direcionada para aspectos das doenças e na descrição das queixas (COSTA; FURTADO; GIRARD, 2019).

Os próprios profissionais compreendem que as doenças crônicas não transmissíveis podem ser controladas com diferentes formas de cuidado e não apenas com a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Todavia, reconhecem as ferramentas que podem ser utilizadas para melhor organizar este cuidado no atendimento e acompanhamento dos usuários portadores de hipertensão (SANTOS et al., 2020b).

Contudo, essas ações de promoção em saúde e cuidados são estratégicas utilizadas na prática clínica na atenção à pessoa com hipertensão, há de se destacar que os profissionais ainda encontram limitações e dificuldades para que estas ações sejam de fato implementadas.

Cabe ressaltar a importância do esforço coletivo em desenvolver ações que visam minimizar os desafios identificados no tratamento da hipertensão, principalmente voltadas à organização dos serviços de saúde em suas ações de gestão, planejamento e enfrentamento de DCNT. Conforme o discurso a seguir:

Então, não temos hoje, eu acho que facilitaria muito, se tivéssemos hoje um protocolo, porque o enfermeiro não pode de maneira nenhuma fazer nenhuma medicação sem está prescrito pelo médico (Entrev_03).

Então, é importante saber o que precisa ser feito, a nível de protocolo, pois nós fazemos muita coisa, precisa fazer um protocolo fechado, e todos fazerem a mesma coisa, que é aquilo que falei (Entrev_02).

Que poderia facilitar a vida por exemplo um prontuário eletrônico com todas as nossas especificações, seria interessante e muito útil para nós termos a vida do paciente assim seria bom (Entrev_02).

Até mesmo do COREN, então por isso, continuo comunicando, mesmo sabendo assim que eu posso fazer a intervenção conforme o ministério da saúde, mas eu fico com receio (Entrev_02).

As profissionais de saúde, referem que estas dificuldades inviabilizam condutas que deveriam estar pautadas em protocolos, como garantia legal dos seus direitos, para realização de práticas seguras no cuidado. Sendo necessárias ações que invistam na melhoria do serviço proposto especializado pelos enfermeiros, prezando a melhoria da qualidade de vida do usuário, além de possibilitar maiores ações e atenção às práticas de promoção da saúde.

A literatura aponta que é necessário identificar as fragilidades apresentadas pelos profissionais para propor medidas futuras que propiciarão melhores condutas e ações dentro do serviço. Destacando que as dificuldades apresentadas, bem como a manutenção daquelas que já

foram apresentadas anteriormente, contribuíram para qualificar a assistência prestada ao usuário e fortalecer as práticas de enfermagem (SALES et al.,2018).

O apoio institucional para trabalhar estas fragilidades apresenta-se essencial para melhorar a estrutura da rede de atenção aos pacientes com condições crônicas, sendo considerado fundamental para a organização da estruturação do processo de trabalho das equipes de atenção especializada . Bem como aponta a Diretriz para o cuidado à pessoa idosa que é imprescindível articulação entre a rede de atenção ao idoso, bem como a interação entre os profissionais de atenção à saúde para a discussão dos casos, para o atendimento conjunto , e para discussões temáticas pontuais que podem acontecer tanto de forma presencial quanto à distância, lançando mão de diferentes instrumentos para auxiliar nas melhores estratégias de fortalecimento para o cuidado (BRASIL, 2014a).

Na fala apresentada por duas das enfermeiras abordam as dificuldades apontadas pelos usuários em aderir essas intervenções de promoção do cuidado e da saúde, para adesão a melhores hábitos de vida. Conforme apresenta-se a seguir:

Eu tento explicar, ele tem certa idade, tem dificuldades, tem que controlar a pressão, precisa mudar o hábito de vida e eles são teimosos mesmo entendeu (Entrev_04).

Porque ele se sente abandonado é muitos deles me dizem isso que ninguém quer atender ele que eles foram jogados muitos se sentem assim referem essas coisas (Entrev_02).

Seria o momento de interagir com eles e mostrar a dificuldade que esse idoso passa, a importância do uso das medicações em dia, para que a vida seja prolongada com saúde (Entrev_04).

Às vezes, pela compreensão, pela questão cultural deles, muitos têm essa dificuldade, eles não querem, eles ficam chateados, impacientes e não querem os filhos falar, mas eles não aderem (Entrev_02).

No entanto, a literatura tem reiterado que as pessoas com a HA têm demonstrado dificuldades na adesão pelo fato de constituir-se de um processo multifatorial, uma vez que parte do reconhecimento, da aceitação e da adaptação à condição de saúde, bem como a identificação dos fatores de risco e o desenvolvimento do autocuidado com vista a melhoria do estilo de vida (BARROSO et al., 2020).

O que se observa segundo a literatura é que essa falta de adesão também está alinhada a pouco exercício da cidadania, as ações de saúde voltadas para o modelo biomédico e o desenvolvimento de atividades pouco adaptadas à realidade da comunidade são alguns fatores relacionados à baixa adesão dos usuários em ações de promoção em saúde. Destaque ainda,

outros pontos como a disponibilidade e acesso aos serviços de promoção da saúde e a alimentos saudáveis no território, o tempo de diagnóstico das doenças e o uso de medicamentos, também são sugeridos como possíveis interferentes na adesão dos usuários a modos saudáveis de vida (BARBOSA et al., 2017).

Há apontamentos dos desafios que precisam ser enfrentados ao se vislumbrar mudanças no modelo de atenção, uma vez que elas constituem a principal forma de empoderamento dos sujeitos, preparando-os para o exercício do autocuidado e autonomia. Precisam estimular ações para articular a singularidade e a complexidade que envolvem as pessoas e demais atores envolvidos (MARIN et al., 2013). Cabe destacar ainda que é necessário o fortalecimento do trabalho em conjunto, como estratégias efetivas para o incremento da prática de promoção de saúde e cuidado na atenção primária (TOLEDO et al., 2017).

Destaque no discurso também para os problemas e dificuldades apontadas por uma das profissionais quanto a implementação destas intervenções de enfermagem a pessoa idosa com hipertensão. Além do apontamento da escassez de protocolos com atribuições definidas, destaca-se que isto, interfere nas relações com os outros profissionais de saúde, principalmente nas condutas a serem tomadas. Conforme apresentado a seguir:

Aí ficamos com problemas de cuidar do usuário sem o outro colega, que sabemos que tem a responsabilidade de querer também a mesma coisa, muito complicado então isso faz mal para o nosso próprio psicológico em atender desse jeito (Entrev_02).

Eu sempre tive muitos problemas na unidade por conta dessa questão da hipertensão que não tem protocolo, então eu passo todas as informações para os médicos (Entrev_02).

Então é importante saber o que precisa ser feito a nível de protocolo, pois nós fazemos muita coisa, precisa fazer um protocolo fechado e todos fazerem a mesma coisa (Entrev_02).

Então com certeza com as coisas se organizando nós vamos nos sentir mais seguros, eu não sei se outros CAIMI's passam por esse tipo de problema, mas aqui tivemos muitos (Entrev_02).

Eu passei por este problema, por isto me preocupei em participar do estudo, eu passei muitos problemas aqui, em relação a esta situação com alguns colegas (Entrev_02).

Aí temos que dizer por que preciso dizer que o médico foi comunicado e não atendeu porque não quis então essa aí é uma dificuldade faz mal para nossa cabeça porque ficamos batendo na tecla o tempo todo (Entrev_02).

Então assim é um problema que foge do nosso controle, do nosso poder (Entrev_03).

De acordo com a literatura há o envolvimento diversos atores com os aspectos

relacionados à saúde, estes devem se sentir coparticipantes no processo do cuidado. No entanto, há se se destacar a necessidade de faz-se necessário ultrapassar as ações fragmentadas e que não priorizam os interesses e necessidades da população (BARBOSA et al., 2017), (MENDES; PEZZATO; SACARDO, 2016).

Ainda considerando as estratégias apoiadas por políticas públicas eficientes e a participação por ambos os atores, pode-se considerar um ganho qualidade de vida e maior autonomia aos usuários, como também possibilita a redução de desperdícios financeiros no setor de saúde e a superposição de ações, tornando as políticas públicas mais efetivas e eficientes (MALTA et al., 2016).

Considerando que estas categorias apresentadas serão base para a construção do protocolo proposto, cabe reforçar que lançaremos mãos como suporte para estruturação também do produto, protocolos disponibilizados pelo COFEN, CORENS, Ministério da Saúde e demais Protocolos de outros estados disponibilizados no meio eletrônico.

6.3 Etapa 3º: O Protocolo de Enfermagem

A construção desse protocolo foi elaborada com conteúdo gerado pelas profissionais que estão diretamente na assistência, por entende-se que as mesmas possuem expertise na prática assistencial a pessoa idosa, fator esse importante, pois caracteriza a validade do conteúdo apresentado na atual especificidade do contexto amazônico.

Após organização dos dados, foi possível com ajuda de uma profissional designer fazer uma formatação mais apresentada do conteúdo gerado. Possibilitando uma melhor visualização.

Cabe destacar que o protocolo de enfermagem compõe no total 62 páginas que são distribuídas por organização de conteúdo, seguindo com: Introdução; Teoria de enfermagem e sistema de classificação internacional para a prática de enfermagem; Definições e panorama epidemiológico.

Para a elaboração das etapas do processo, foi possível delimitar quatro temas principais, os quais foram abordados em capítulos. Destaque aqui, a grande contribuição da segunda etapa da pesquisa, onde contou com a participação das profissionais enfermeiras. Seguindo essas etapas com: Acolhimento; Domínio 1: O início do processo de enfermagem no cuidado da pessoa idosa hipertensa; Domínio 2: Consulta de Enfermagem e Avaliação Multidimensional do Idoso na Atenção Especializada; Domínio 3: O tecer das redes: de apoio e de atenção e serviços de saúde; Domínio 4: Promoção de cuidado e saúde para a pessoa idosa hipertensa; Outras considerações importantes; Anexos; Listas de diagnósticos de enfermagem sugeridos e

Referências. Na apresentação o documento consta a cada domínio representações em forma de fluxogramas como forma esquematizada do conteúdo. O protocolo encontra-se disposto no (Apêndice D).

Destaca-se, que este estudo concluiu o processo de construção do conteúdo do instrumento, fase importante para o desenvolvimento dele, e que no futuro poderá gerar novas pesquisas para testar sua confiabilidade diante a sua aplicação junto à população alvo, como etapa contínua deste processo.

O estudo se limita por haver escassez de produções científicas voltada para a temática tanto de protocolos assistências de enfermagem a este grupo específico, principalmente a nível de atenção de média complexidade ou secundária, bem como para o cuidado especializado a pessoa idosa, além de informações relacionada a condições crônicas como a hipertensão dentro da nossa realidade e contexto amazônico.

O estudo permitiu a partir de sua elaboração a criação de novas propostas e utilização de protocolos de cuidados ao idoso, pautando-se nas melhores evidências científicas, levando o que temos de mais atualizado na prática clínica do enfermeiro. Sendo, portanto, essas tecnologias de extrema importância na prática assistencial, visto que, garante além de da tomada de decisão, a prestação de uma assistência de qualidade e segura.

Confirma-se que como produto do mestrado profissional irá contribuir para que a enfermagem amazonense e gerontóloga do estado do Amazonas, possa ser reconhecida pelas suas melhores práticas, bem como por contribuir com a melhora da adesão terapêutica da pessoa idosa atendida nos Centros de Atenção Especializada em Manaus.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo contribuiu com a proposta inovadora de tornar este protótipo de protocolo uma realidade plausível, como parte da organização das práticas dos enfermeiros dentro da assistência especializada na saúde da pessoa idosa. Podendo essa realidade consubstanciar cientificamente as melhores ações para a tomada de decisão, visando a melhoria da qualidade dos serviços prestado, a partir da percepção dos profissionais que estão diretamente à frente da assistência.

O produto tecnológico proposto para a consulta de enfermagem gerontológica a pessoa idosa com hipertensão, está fundido como um instrumento de avaliação de saúde e permitiu uma pluralidade de informações consideradas fundamentais dentro do contexto amazônico, possibilitando a visualização das ações empregadas nas práticas como prioritárias, as quais orientaram a tomada de decisão e de intervenção de enfermagem.

Pondera-se a necessidade de aprofundamento nesta temática, visto que existem poucos trabalhos publicados na área da enfermagem relacionando a consulta de enfermagem especializada dentro desse contexto. Carecendo de outros estudos para dar maiores suporte a pratica de enfermagem gerontológica dentro dos centros especializados de atenção a pessoa idosa.

Nos resultados encontrados, foi possível observar que, na prática dos profissionais, é necessário melhorar os aspectos organizacionais do processo de trabalho, tomando como base, a necessidade de criação de outros protocolos que possibilitem a ordenamento e organização da assistência prestada dentro do serviço, a resolubilidade das intervenções propostas pelos enfermeiros, além de reforçar principalmente, o fortalecimento do vínculo entre os enfermeiros e demais membros da equipe multidisciplinar e gestão do serviço.

Cabe ressaltar que estas melhorias do processo são, em sua maioria, factíveis, pois não demandam grandes investimentos financeiros e sim iniciativas de reorganização dos processos de trabalho e fluxos. Possibilitando no entanto, o avançar do uso de ferramentas de gestão que possibilitem melhor gerenciamento na prática de enfermagem.

Ademais, esse protocolo será um instrumento importante e balizador para a criação de outras propostas de protocolos dentro do serviço, contribuindo para organização das práticas dentro do serviço, contribuindo para o fortalecimento das políticas públicas a pessoa idosa, e principalmente destacando as especificidades dos profissionais da nossa região que atuam nessa linha de cuidado.

Diante do exposto, evidencia-se a necessidade de prosseguir com o estudo, levando em conta o material elaborado, cabendo o mesmo de validação dos especialistas e posterior avaliação da sua aplicabilidade na prática, com a finalidade de analisar as intervenções posteriores.



REFERÊNCIAS

REFERENCIAS

ADAMY, IVETE M. K. EDLAMAR K. et al. Sistematização Da Assistência De Enfermagem Na Atenção Básica : Sistematização Da Assistência De Enfermagem Na Atenção Básica : O Que Dizem Os Enfermeiros ? Nursing Care Systematization In Primary Care : What Do The Nurses Say ? Sistematización De La Asis. **CIENCIA Y ENFERMERIA**, n. February 2017, 2015.

ALBUQUERQUE, DGPP; PORTO, VSM; DEININGER, LSC. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.5, p. 47378-47387 may. 2021

ALENCAR, T. D. DE et al. Consulta de enfermagem gerontológica associada à escala de adesão terapêutica Consultation of gerontological nursing associated to the scale. p. 1–7,2019.

ALESSI, A. et al. I posicionamento Brasileiro sobre pré-hipertensão, hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada: Diagnóstico e conduta. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 102, n. 2, p. 110–118, 2014.

ALICE, S. et al. Prescrição de medicamentos e exames por enfermeiros: contribuições à prática avançada e transformação do cuidado * Método. 2018.

ALVES, E. V. DA C. et al. A dupla vulnerabilidade de idosos cuidadores: Multimorbidade e sobrecarga percebida e suas associações com fragilidade. v. 21(3), 2018.

ALVES, T. E. D. A. Diretrizes Terapêuticas De Enfermagem Para O Cuidado Clínico Pré-Hospitalar Nas Urgências E Emergências Cardiovasculares No Adulto. **Tese de Doutorado**, 2018. AMAZONAS. Plano Estadual de Saúde Amazonas 2016-2019. **Secretária Estadual de Saúde**, p. 1–258, 2016.

ANGELO, G. Reprodutibilidade do protocolo para usuários com hipertensão arterial assistidos na Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 8, 2020.

ARAÚJO, S. N. M. et al. Technologies for care to elderly in health services: An integrative review. **Enfermería Global**, v. 16, n. 2, p. 562–595, 2017.

ASSIS, E. M. DE et al. a Utilização Da Avaliação Geriátrica Ampla Por Enfermeiros DeUm Hospital De Emergência. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 10, n. 12, p. 4481–4486, 2016.

ATAÍDE, D. S. Avaliação Do Nível De Vulnerabilidade Clínico-Funcional De Idosos Alunos E Não-Alunos Atendidos Pela Policlínica Da Fundação Universidade Aberta Da Terceira Idade (Funati) Em Manaus - Am. **Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia ofertado pela faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas.**, 2020.

BARBOSA, M. A. G. et al. Participação de usuários da atenção primária em práticas de promoção da saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 4, p. 1–11, 2017.

BARRETO, M. DA S.; MARCON, S. S. Hospitalização por agravos da hipertensão arterial em pacientes da atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 4, p.313–317, 2013.

BARROSO, W. K. S. et al. Brazilian guidelines of hypertension - 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516–658, 2020.

BORDIN PELAZZA, B. et al. Measurement Of Pressure Levels Of Hypertensive Elderly People In A Primary Care Reference Program. **Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE**, v. 12, n. 2, p. 364–370, fev. 2018.

BORDONI, M. Z. B. Avaliação Da Capacidade Institucional Para Atenção Às Condições Crônicas Nos Serviços De Saúde Especializados Em Idosos Na Cidade De Manaus-Am. **Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas**, 2019.

BORTOLOTTI, L. A.; SILVEIRA, J. V. DA; VILELA-MARTIN, J. F. Crises

BRANDÃO, G. et al. **Representações sociais sobre hipertensão arterial e o cuidado: o discurso do sujeito coletivo** *. v. 24, n. 4, p. 459–465, 2011.

BRANT, L. C. C. et al. Variações e diferenciais da mortalidade por doença cardiovascular no Brasil e em seus estados, em 1990 e 2015: Estimativas do Estudo Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 116–128, 2017.

BRASIL. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. 2 Ed. 2010BRASIL. **Alimentação Cardioprotetora**. 2018.

BRASIL. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. Ministério Da Saúde. Brasília: 2017.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Diretrizes Para Elaboração De Protocolos De Enfermagem Na Atenção Primária À Saúde Pelos Conselhos Regionais Conselho Federal De Enfermagem Coordenação. n. Brasília, p. 1–16, 2018.

BRASIL. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. **XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**, p. 1–42, 2014a.

BRASIL. **Envelhecimento E Saúde Da Pessoa Idosa**. **Cadernos de Atenção Básica** -

BRASIL. **Guia Alimentar para a População Brasileira Guia Alimentar para a População Brasileira**. 2º ed. Brasília. 2014.

BRASIL. **Guia Prático do Cuidador**. Ministério da Saúde. Brasília: 2008.

BRASIL. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. ed. Brasília:2006.

BRASIL. Linha de Cuidado do Adulto Com Hipertensão Arterial Sistêmica. **Ministério**

BRASIL. **Linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde. ed. Brasília: v. 1.2018.

BRASIL. Mapa das Políticas, Programas e Projetos do Governo Federal para a População Idosa. **Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República**, n. 1 999, p. 109,2015.

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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. **Política Nacional de Humanização. PNH.** Secretaria de Atenção à Saúde, v. 1ª edição, 2013a.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** MINISTÉRIO ed. Brasília: 2002.
BRASIL. PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006 Aprova. Aprova a

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 9.917, de 18 de julho de 2019. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa. **Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos**, p. 1–12, 2019.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2020: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquerito telefônico.** 2021.

BRASIL. **Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** OMS divulga metas para 2019; desafios impactam a vida de idosos. **Sbogg**, p. 7–9, 2019.

BRASIL; SBH, S. B. DE H. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Sociedade Brasileira de Hipertensão**, v. 19, nº 4, 2016.

BRELAZ, C. et al. Construcción de un Instrumento para la Consulta de Enfermería de un Centro de Atención Integral para Adultos Mayores en la. **Rev. Enfermería Comunitaria** 2020, p. 1–7, 2020.

BRITO, MCC et al. Descrição da rede de atendimento ao idoso sob o enfoque da integralidade. **Rev enferm UFPE on line.** v. 9, 2015.

CARNEIRO, J. A. et al. Frailty in community-dwelling older people: comparing screening instruments. **Revista de saude publica**, v. 54, p. 119, 2020.

CAROLINE, Ellen; MAURÍCIO, Antonio; BRASIL, Rodrigues. Network Assessment and Social Support Instruments: an Integrative Review. **Ensaios e Ciência**, v.25, n3, 2021, p.361-368.

CATARINA, S. Linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa. **Estado De Santa Catarina Secretaria De Estado Da Saúde Superintendência De Planejamento E Gestão Gerência De Atenção Básica/Atenção Primária À Saúde Linha**, v. 1, p. 1–59, 2018.

CATUNDA, H. L. O. et al. Percurso metodológico em pesquisas de enfermagem para construção e validação de protocolos. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 1–10,

2017.

CHAVES COSTA, J. et al. A promoção da saúde familiar no cotidiano da atenção primária: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira em promoção da Saúde**, v. 29, n.sup, p. 156–163, 2016.

COELI, K. et al. Estrategias para humanizar el cuidado de los ancianos hospitalizados: estudio con enfermeras asistenciales. v. 7, n. 1, p. 1832–1846, 2015.

COFEN, C. F. DE E. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. p. 1–3, 2012.

COFEN, C. F. DE E. RESOLUÇÃO COFEN-358 / 2009. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem. p. 2–4, 2009.

COSTA, A. F. DA et al. Qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, p. 1–11, 2020.

COSTA, J. B. DA; FURTADO, L. G. S.; GIRARD, C. C. P. Saberes e Práticas do

CRISTINA, P. et al. Acolhimento E Cuidado De Enfermagem : Um Estudo Welcoming And Nursing Care : A Phenomenological Study Acogida Y Cuidados De Enfermería : UnEstudio. v. 25, n. 1, p. 1–7, 2014.

CUBAS, R. M; NOBREGA, M.M.L. **Atenção primária em saúde: Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem**. 1º Ed - Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

CUBAS, M. R. ; GARCIA, T. R. **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: enunciados do SiABEn**. Porto Alegre: Artmed, 2021. 182 p.

da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família Linha, 2021.

DANTAS, R. C. DE O.; RONCALLI, A. G. Protocol for hypertensive individuals assisted in basic health care. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 295–306, 2019.

De Enfermagem Para Pessoas Com Diabetes E Hipertensão Na Atenção Básica : Um Relato De Experiência. **Rev. APS.**, v. 20, n. 2, p. 273–278, 2017.

DIAS, K. C. C. DE O. et al. O Cuidado Em Enfermagem Direcionado Para a Pessoa Idosa : Revisão Integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, v. 8, n. 5, p. 1337–46, 2014.

DINIZ, C. X. Mobilidade e acessibilidade de idosos usuários dos serviços gerontológicos de saúde em Manaus (AM). **Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia Humana, da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de doutora em Ciências.**, 2017.

ENCARNAÇÃO, P. P. S. DA; SANTOS, E. S. A. DOS; HELIOTÉRIO, M. C. Consulta

Enfermagem Revista, 2018.

enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 138–184, 2018.

Enfermeiro na consulta com o idoso na Estratégia Saúde Da Família. **Rev. Aten.Saúde, São Caetano do Sul**, v. 17, p. 24–30, 2019.

Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico *. v. 20, n. 3, p. 362–367, 2007.

ERDMANN, A. L. et al. A atenção secundária em saúde: Melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. SPL, p. 131–139, 2013.

Escola Anna Nery, v. 24, n. 4, p. 1–6, 2020.

FEITOSA-FILHO, G. S. et al. Atualização das Diretrizes em Cardiogeriatria da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 112, n. 5, p. 649–705, 2019.

FERREIRA, J. D. F. et al. Fatores de Risco Cardiovasculares em Idosos. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, n. 12, 2017.

FLORES, T. R. et al. Hábitos saudáveis: Que tipo de orientação a população idosa está recebendo dos profissionais de saúde? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 1, p. 67–180, 2016.

FORTUNA, C. M. et al. O acolhimento como analisador das relações entre os profissionais , gestores e usuários. p. 1–8, 2017.

FREITAS, G. M.; SANTOS, N. S. S. Atuação Do Enfermeiro Na Atenção Básica De Saúde: Revisão Integrativa De Literatura. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 0, n. 0, p. 1194–1203, 2015.

FUNATI. Quem Somos | Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade - FUNATI Início. **Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade**, p. 1–3, 2020.

GANONG LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987;10(1):1- 11.

GUEDES, N. G. et al. Nursing interventions related to health promotion in hypertensive patients. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 1, p. 151–156, 2012.

HAMMERSCHMIDT, K. S. DE A.; ZAGONEL, I. P. S.; LENARDT, M. H.

HANSEL, C. G. et al. Demandas no itinerário terapêutico de idosos: um estudo descritivo.

Hipertensivas: Definindo a Gravidade E O Tratamento. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 28, n. 3, p. 254–259, 2018.

IBGE. Idosos indicam caminhos para uma melhor idade. **Instituto Brasileiro de Geografia**

Estatística, n. Brasil, p. 1–6, 2019.

JANINI, J. P.; BESSLER, D.; VARGAS, A. B. DE. Educação em saúde e promoção da saúde : impacto na qualidade de vida do idoso. **SAÚDE DEBATE**, p. 480–490, 2015.

JESUS, ITM; ORLANDI, AAS; ZAZZETTA, MS. Sobrecarga, perfil e cuidado: cuidadores de idosos em vulnerabilidade social. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, 2018; 21(2): 199-209.

JÚNIOR, E. B. DOS S. et al. Chronic non-communicable Chronic non-communicable diseases and the functional capacity of elderly people Enfermedades. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 2, p. 516–524, 2014.

KAHL, C. et al. Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, n. 0, p. 1–7, 2018.

KARINA, A.; PINHEIRO, B. Competências do enfermeiro para promoção da saúde de idosos no domicílio. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. Suppl 2, p. 326–333, 2019.

KRAUZER, I. M. et al. The construction of assistance protocols in nursing work. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, 2018.

LINS, A. E. DOS S.; ROSAS, C.; NERI, A. L. Satisfação com as relações e apoios familiares segundo idosos cuidadores de idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, 2018.

MACHADO, J. C. et al. Adherence to non-pharmacological treatment: Analysis of the impact of three health educational and nutritional strategies in hypertensive patients TT - Adesão ao tratamento não farmacológico: análise do impacto de três estratégias de educação em saúde e . **Rev. Nutr. (Online)**, v. 29, n. 1, p. 11–22, 2016.

MAIA, F. DE O. M. et al. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders. v. 13, 2012.

MAIA, P. H. S. et al. A ocorrência da violência em idosos e seus fatores associados. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. Suppl 2, p. 71–77, 2019.

MALTA, D. C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – pesquisa nacional de saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 3–16, 2015.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 51, n. 1, p. 1–10, 2017.

MALTA, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): Capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1683–1694, 2016.

MARA, D. et al. Apoio Social E Condições De Saúde De Idosos Brasileiros Da Comunidade Social Support And Health Conditions Of Brazilian Elderly In The Community Apoyo Social Y Condiciones De Salud De Personas Mayores Brasileñas EnLa Comunidad. **CIENCIA y ENFERMERIA**, 2020.

MARIN, M. J. S. et al. Knowing the reasons for nonadherence to health educational actions. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 500–504, 2013.

MARTIN, J. F. V. et al. Perfil de crise hipertensiva: prevalência e apresentação clínica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 83, n. 2, p. 125–130, 2004.

MARTINIANO, C. S. et al. Legalização Da Prescrição De Medicamentos Pelo Enfermeiro No Brasil : História , Tendências E Desafios Legalization Of Nurse Prescribing Of Medication In Brazil : History , Trends And Challenges Legalización De La Prescripción De Medicinas Por El. v. 24, n. 3, p. 809–817, 2015.

MATIAS, M. C. M.; KAIZER, U. A. DE O.; SÃO-JOÃO, T. M. Consulta de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: cuidado às pessoas com doenças crônicas cardiometabólicas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, p. e22, 2021.

MELLO, R. A. L. V. G. M. R. G. B. DE et al. Consenso Brasileiro De Fragilidade E Instrumentos De Avaliação Brazilian consensus on frailty in older people : concepts , epidemiology and evaluation instruments. v. 12, n. 2, 2018.

MELO-SILVA, A. M. DE et al. Hospitalizações entre adultos mais velhos : resultados do ELSI-Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 52, n. 2, p. 1–11, 2018.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Organização ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. v. 127

MENDES, R.; PEZZATO, L. M.; SACARDO, D. P. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: Desafios metodológicos de pesquisar “com”. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1737–1745, 2016.

MINELI, T. A. et al. Crise hipertensiva entre usuários de um serviço de pronto atendimento: estudo retrospectivo [Hypertensive crisis in patients at an acute care service: a retrospective study] [Crisis hipertensiva entre usuarios de un servicio de urgencias: estudio retrospe. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, p. e30111, 2018.

MIRANDA, G. M. D.; MENDE, A. DA C. G.; SILVA, A. L. A. DA. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 21, n. 61, p. 309–322, 2017.

MORAES, E. N. DE. Atenção À Saúde Do Idoso: Aspectos Conceituais. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012. **Mundo da Saude**, v. 41, n. 1, p. 87–97, 2017. n.º 19. MINISTÉRIO ed. Brasília: 2013.

NETO, E. M. DE F.; CORRENTE, J. E. Qualidade de vida na terceira idade em um centro de convivência do idoso na cidade de Manaus. **Revista amazônica de saúde**, v. 1, n. 2, p. 1–11, 2016.

NÓBREGA, R. V. Proposta de Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe®) para Hipertensos na Atenção Básica. **Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, nível de Mestrado, do Centro Ciências da**

Saúde, da Universidade Federal da Paraíba. Orientadora: Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega, p. 0–148, 2012.

NOGUEIRA, I. S. et al. Intervenção domiciliar como ferramenta para o cuidado de enfermagem : avaliação da satisfação de idosos. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37, 2016.

NOGUEIRA, I. S.; BALDISSERA, V. D. A. Educação Permanente em Saúde na atenção ao idoso: dificuldades e facilidades do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Escola AnnaNery**, v. 22, n. 2, p. 1–9, 2018.

NUNES, B. P. et al. Multimorbidity. **Australian Family Physician**, v. 42, n. 12, p. 845–845, 2013.

NUNES, Et al., Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. **Revista de Saúde Pública**. 2017;51:43.

OLIVEIRA, D. C. DE. Análise De Conteúdo Temático-Categorial: Uma Proposta De Sistematização. **Rev. enferm. UERJ**, v. 16, n. 4, p. 569–576, 2008.

OLIVEIRA, T. L. et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 2, p. 179–184, 2013.

OPAS. **Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde.** Organização. Washington, D.C: 2018.

OPAS. **Cuidados inovadores para condições crônicas.** 2015

OPAS. Folha informativa - Envelhecimento e saúde. **Organização Panamericana De Saúde**, p. 1–6, 2018a.

ORIGINAL, A. Percepção da enfermagem na Atenção Primária à Saúde acerca do paciente com hipertensão: King explica? v. 73, n. Suppl 6, p. 1–8, 2020.

para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508–511, 2007.

PAULO, S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil Receptiveness and changes in the nursing work process in healthcare units in Campinas. v. 23, n. 2, p. 331–340, 2007.

PEDRO, F. et al. Práticas de cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família. v. 69, n. 6, p. 1124–1131, 2016.

PELAZZA, B. B. et al. Mensuração Dos Níveis Pressóricos De Idosos Hipertensos Em Um Programa De Referência Da Atenção Primária. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 12, n.2, p. 364–370, 2018.

PEREIRA, N. P. et al. Efeito da prática regular de atividade física na qualidade de vida relacionada à saúde de hipertensos resistentes. **HU Revista**, v. 45, n. 3, p. 270–275, 2019.

PIMENTA, C. A. DE M. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. [s.l: s.n.].

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Ministério da Saúde**, p. 1–12, 2020.

PORTELLA, M. R. Atenção integral no cuidado familiar do idoso: desafios para a enfermagem gerontológica no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 3, p. 501–506, 2010.

QUEIROZ, M. K. D. S. et al. Fluxos assistenciais e a integralidade da assistência à saúde de ribeirinhos [Care flows and comprehensiveness of health care for riverside communities] [Flujos asistenciales y la integralidad de la asistencia a la salud de ribereños]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, p. e26706, 2018.

QUIROZ, S. P. et al. Asociación entre marcadores de posición social y adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en Colombia TT - Association between social position indicators and hypertension treatment adherence in Colombia. **Rev. chil. salud pública**, v. 24, n. 1, p. 11–22, 2020.

RÊGOA, A. DA S. et al. Acessibilidade ao tratamento da hipertensão arterial na estratégia de saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 39, p. 1–9, 2018.

REIS, W. LSON. Assistência à saúde da pessoa idosa tem linha de cuidado implementada na rede municipal. **Prefeitura de Manaus**, p. 7–10, 2020.

Revista Eletrônica de Educação, v. 6, n. 1, p. 383–387, 2012.

RIBEIRO, E. H. C. et al. Avaliação da efetividade de intervenções de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1–12, 2017.

RISSARDI, G. DA G. L. et al. Prevalence of Physical Inactivity and its Effects on Blood Pressure and Metabolic Parameters in a Brazilian Urban Population. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 31, n. 6, p. 594–602, 2018.

ROMERO, D. E. et al. Metodologia integrada de acompanhamento de políticas públicas e situação de saúde: o SISAP-Idoso. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2641–2650, 2018.

ROSA, T. S. M. et al. The quality of life and the sociocultural, economic and health characteristics of the elderly living in the amazon region. **Acta Scientiarum - Health Sciences**, v. 41, n. 1, p. 1–8, 2019.

SALES, CAMILA B. et al. Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da

SAMARTINI, Raquel Spindola; CÂNDIDO, Viviane Cristina. Reflexões sobre autonomia de idosos e seu significado para a prática do cuidado em enfermagem. **Rev Bras Enferm**. 2021;74(3): e20200723.

SANT'ANA, L. A. J. DE; ELBOUX, M. J. D. Comparação da rede de suporte social e a expectativa para o cuidado entre idosos em diferentes arranjos domiciliares different home arrangements. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 22, n. 3, 2019.

SANTOS, C. M. D. C.; PIMENTA, C. A. D. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO

SANTOS, C. M. DOS et al. Evaluation of the healthcare network for persons with arterial hypertension: study of a health district. **Cadernos de saúde publica**, v. 33, n. 5, p. e00052816, 2017.

SANTOS, C. T. B. DOS et al. Percurso do idoso em redes de atenção. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 45–62, 2016.

SANTOS, F. M. DOS. Resenha Análise De Conteúdo: A Visão De Laurence Bardin.

SANTOS, I. S. DO et al. Perfil Dos Idosos No Interior Do Amazonas. Profile.

SANTOS, J. F. DE S. et al. Atendimento de hipertensão arterial sistêmica na estratégia saúde da família: sob a ótica de enfermeiros e agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira Multidisciplinar**, v. 23, n. 2Supl., p. 90–98, 2020b.

SANTOS, N. O. DOS et al. Construção e validação de protocolo assistencial de enfermagem com intervenções educativas para cuidadores familiares de idosos após Acidente Vascular Cerebral. v. 73, n. Suppl 3, p. 1–9, 2020a.

SANTOS, RC et al., Fatores que interferem na história da doença de pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial: uma abordagem a partir do genograma e ecomapa. *Rev. APS*. 2021 jan.-mar.; 24(1): 76-91.

SCHWINGSHACKL, L. et al. Comparative effects of different dietary approaches on blood pressure in hypertensive and pre-hypertensive patients: A systematic review and network meta-analysis. **Critical Reviews in Food Science and Nutrition**, v. 59, n. 16, p. 2674–2687, 2019.

SEMSA. **Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso**. Secretária Municipal de Saúde de Manaus. 2017.

SIDNEY, S. et al. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. **Acta Paul Enferm**, v. 21, n. 4, p. 649–653, 2008.

SIEWERT, J. S. et al. Management of Integral Care in Nursing: Reflections Under the Perspective of Complex Thinking. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, p.1–5, 2017.

SILVA, C. O. DA et al. Consumo alimentar segundo o recebimento de orientação nutricional em participantes do Programa Academia da Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, p. 1–8, 2020.

SILVA, K. M.; SANTOS, S. M. A. DOS. The nursing process in family health strategy and the care for the elderly. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 105–111, 2015.

SILVA, K. M.; VICENTE, F. R.; SANTOS, S. M. A. DOS. Consulta de enfermagem a idosos na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. **682 Rev. BRas. GeRiatR. GeRontol.**, v. 17(3), p. 681–687, 2014.

SILVA, R. L. D. T. et al. Elaboração de plano de cuidados como diferencial na prática assistencial ao hipertenso. v. 29, n. 5, p. 494–505, 2016.

SILVA, S. M. et al. Recebimento de orientação sobre consumo de sal, açúcar e gorduras em adultos: Um estudo de base nacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n.4, p. 995–1004, 2013.

SOARES, F.; CARVALHO, S.; MEDINA, M. G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica : perspectiva de profissionais e usuários. p. 265–278, 2014.

SOARES, G. A. et al. Effect of three training protocols on blood pressure and heart rate in normotensive men. **ABCS Health Sciences**, v. 43, n. 3, p. 141–147, 2018.

SOUSA, A. S. DE J. et al. Consulta de enfermagem ao cliente hipertenso na estratégia de saúde da família. **Rev enferm UERJ**, v. 23, n. 1, 2015.

SOUSA, P. H. S. F. et al. Protagonismo do enfermeiro na atenção básica de saúde. p. 76157–76170, 2020.

SOUZA FILHO, Zilmar Augusto de; MAINBOURG, Evelyn Marie Therese; SILVA, Nair Chase da. Genograma e Ecomapa: Representação Estrutural da Família no Cuidado Cotidiano das Sequelas do AVC. *Saúde em Redes*. 2017; 3 (2) :153-161.

SOUZA, M. DE T.; SILVA, M. D. DA; CARVALHO, R. DE. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 102–106, 2010.

SUSAM. **Manual de procedimentos. Centro de Atenção Integral à Melhor Idade CAIMI. Secretária do Estado da Saúde**. 2002.

SUSAM. **Plano Estadual de saúde Amazonas 2016-2019-SUSAM**, 2016.

SUZUKI, F. S. et al. Effects Of A Multicomponent Exercise Program On The Functional Fitness In Elderly Women. **Rev Bras Med Esporte**, v. 24, p. 36–39, 2018.

TIBÚRCIO, M. et al. Contextual Analysis of the Measurement of Blood Pressure in Clinical Practice. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 3, p. 328–336, 2013.

TOLEDO, M. T. T. et al. Counseling on healthy ways of life in Primary Health Care.

TORRES, B. L. et al. Acolhimento Por Enfermeiras Na Produção Do Cuidado: Intenção Ou Realidade? **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. v. 42, sup, p. 11–35, 2018.

VEIGA JARDIM, T. et al. Are Patients' Blood Pressure Levels Being Routinely Measured in Medical Offices? **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 30, n. 4, p. 293–298, 2017.

VERAS, R. P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Bras. Geriatria E Gerontologia Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 8, n. 144, p. 779–786, 2011.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo d cuidado. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1929–1936, 2018.

WITCZAK, I. V.; COUTINHO, R. X.; LEITE, M. T. Perdoar verdadeiramente ou agredir novamente: dilemas da violência familiar contra idosos. **Revista Kairós : Gerontologia**,v. 19, n. 1, p. 211–225, 2016.

YANG, M. H. et al. The Effect of Lifestyle Changes on Blood Pressure Control among Hypertensive Patients. **korean Journal od Family Medicine**, p. 173–180, 2017.

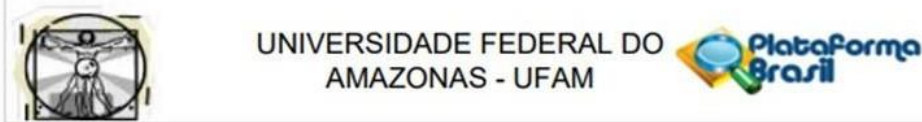
A photograph of a row of old, leather-bound books on a shelf. The books are arranged in a slightly curved line, with some spines facing forward and others partially obscured. The spines are decorated with gold-tooled patterns and text. The word "ANEXOS" is overlaid in a large, black, serif font in the center of the image. The background is a blurred bookshelf, suggesting a library or a collection of books.

ANEXOS

ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CONTINUAÇÃO)

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM									
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP										
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA										
Título da Pesquisa: PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA										
Pesquisador: Denimara Miranda Neves										
Área Temática:										
Versão: 1										
CAAE: 45179521.0.0000.5020										
Instituição Proponente: Universidade Federal do Amazonas - UFAM										
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio										
DADOS DO PARECER										
Número do Parecer: 4.659.581										
Apresentação do Projeto:										
segundo a autora:										
<p>Trata-se de um estudo que lançará mão da pesquisa metodológica. O presente estudo será desenvolvido em três etapas descrita a seguir: FASE 1: levantamento do contexto científico através da Revisão Integrativa da Literatura. (Não Haverá participação com seres Humanos), Fase 2: levantamento do contexto de prática assistencial com os profissionais que atuam no CAIMI's (Terá participação com seres humanos) e a Fase 3: confecção do protocolo de enfermagem (Não haverá participação com seres humanos). Na Fase 1. Será desenvolvida uma revisão integrativa da literatura para levantar as melhores práticas e ações desenvolvidas pelos enfermeiros, através das publicações científicas encontradas, frente a atuação a pessoa idosa com hipertensão. Esta fase seguirá etapas distintas para melhor apreciação dos dados coletados. Na Fase 2: Teremos a participação dos seres humanos. Será realizada uma pesquisa com abordagem qualitativa por meio de entrevista semiestruturada, com os enfermeiros da assistência a nível especializado de atenção a pessoa idosa. Cabe ressaltar que a entrevista ocorrerá através do google meet, uma plataforma de serviço de comunicação, que permite fazer videochamadas on-line, de forma segura. Será gravada por segurança e arquivo das informações ficará disponível somente para fins da pesquisa em estudo. Esta modalidade foi proposta por conta da pandemia pela COVID-19, evitando contato pessoal e resguardando a segurança dos participantes da pesquisa. Esta etapa</p>										
<table border="0"> <tr> <td>Endereço: Rua Teresina, 495</td> <td>CEP: 69.057-070</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Adrianópolis</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: AM</td> <td>Município: MANAUS</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (92)3305-1181</td> <td>E-mail: cep.ufam@gmail.com</td> </tr> </table>			Endereço: Rua Teresina, 495	CEP: 69.057-070	Bairro: Adrianópolis		UF: AM	Município: MANAUS	Telefone: (92)3305-1181	E-mail: cep.ufam@gmail.com
Endereço: Rua Teresina, 495	CEP: 69.057-070									
Bairro: Adrianópolis										
UF: AM	Município: MANAUS									
Telefone: (92)3305-1181	E-mail: cep.ufam@gmail.com									
Página 01 de 05										

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CONTINUAÇÃO)



Continuação do Parecer: 4.659.581

tem como objetivo levantar informações sobre as práticas que os Enfermeiros realizam dentro do serviço especializado, além de identificar as ações tomadas frente ao idoso Hipertenso, permitindo que os profissionais sejam colaboradores da proposta. Na FASE 3: Trata-se de uma pesquisa descritiva por focar a confecção do protótipo de instrumento que possa aprimorar a pesquisa e/ou a prática. Haverá nesta etapa colaboração da FASE 1 E FASE 2. Tal modo irá fazer Interação entre as etapas desenvolvidas, para posterior confecção do protótipo do protocolo

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Elaborar um protocolo de Enfermagem para o cuidado de idosos hipertensos na atenção especializada **Objetivo Secundário:** Levantar as melhores evidências para o manejo de cuidado assistencial para o idoso hipertenso. Elaborar e propor o fluxograma da organização do cuidado de enfermagem aos idosos hipertensos na atenção especializada de Manaus.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

segundo a autora:

Riscos: Para a realização desta pesquisa, poderá haver riscos de cunho psíquicos, decorrentes das falas dos participantes envolvidos, pois poderão apresentar durante a entrevista e coleta de dados, desconfortos e/ou incômodos, medos, angústias. No entanto, para minimizar a ocorrência destes riscos será assegurado aos participantes o anonimato e o sigilo dos dados coletados, resguardo das opiniões dos participantes e disponibilização dos resultados somente para composição do banco de dados da pesquisa. Serão adotadas medidas de orientação prévias quanto a esses possíveis desconfortos e se necessário, o encaminhamento dos participantes, para acompanhamento psicológico no serviço de psicologia da Universidade Federal do Amazonas, por meio dos setores de atendimento gratuito à comunidade. Diante dos riscos de ocorrer sentimentos de constrangimento frente a alguma pergunta proveniente da coleta de dados, serão tomadas medidas que permitam: o indivíduo interromper a entrevista a qualquer momento sem prejuízo para o participante. **Benefícios:** De modo geral, os benefícios desta pesquisa permitirão identificar a organização do cuidado de enfermagem prestado a pessoa idosa hipertensa nas unidades especializadas do SUS em Manaus. Será possível, equanimizar e aprimorar o cuidado prestado dentro das unidades dos CAIMI's, garantindo o atendimento com maior qualidade. Outro benefício que cabe destacar é o protagonismo do enfermeiro frente a tomada de decisão ao cuidado prestado a pessoa idosa Hipertensa, promovendo medidas que melhorem a qualidade de vida e saúde da pessoa idosa.

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM



Município: MANAUS

CEP: 69.057-070



Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CONTINUAÇÃO)

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM									
Continuação do Parecer: 4.659.581										
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:										
Trata-se de proposta de primeira submissão, que propõe a realização de entrevista, usando ferramentas já validadas.										
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:										
Estão anexados:										
PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1729009.pdf										
Folha_de_Rosto.pdf										
CARTA_CONVITE.pdf										
Classificacao_OxfordBased.pdf										
Declaração de concordância										
Despacho_Psicologia.pdf										
Projeto Detalhado / Brochura Investigador										
PROJETO_COMPLETO.pdf										
ORCAMENTO.pdf										
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência										
TCLE.pdf 02/04/2021 21:14:53										
ROTEIROENTREVISTA.pdf										
STROBE.pdf										
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:										
O projeto atende os requisitos.										
<p>Este CEP/UFAM analisa os aspectos éticos da pesquisa com base nas Resoluções 466/2012-CNS, 510/2016-CNS e outras complementares. A aprovação do protocolo neste Comitê NÃO SOBREPÕE eventuais restrições ao início da pesquisa estabelecidas pelas autoridades competentes, devido à pandemia de COVID-19. O pesquisador(a) deve analisar a pertinência do início, segundo regras de sua instituição ou instituições/autoridades sanitárias locais, municipais, estaduais ou federais.</p>										
Considerações Finais a critério do CEP:										
<p>Este CEP/UFAM analisa os aspectos éticos da pesquisa com base nas Resoluções 466/2012-CNS, 510/2016-CNS e outras complementares. A aprovação do protocolo neste Comitê NÃO SOBREPÕE eventuais restrições ao início da pesquisa estabelecidas pelas autoridades competentes, devido à</p>										
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="336 1659 564 1682">Endereço: Rua Teresina, 495</td> <td data-bbox="719 1682 852 1704">CEP: 69.057-070</td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 1682 496 1704">Bairro: Adrianópolis</td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 1704 405 1727">UF: AM</td> <td data-bbox="491 1704 655 1727">Município: MANAUS</td> </tr> <tr> <td data-bbox="336 1727 533 1749">Telefone: (92)3305-1181</td> <td data-bbox="815 1727 1034 1749">E-mail: cep.ufam@gmail.com</td> </tr> </table>			Endereço: Rua Teresina, 495	CEP: 69.057-070	Bairro: Adrianópolis		UF: AM	Município: MANAUS	Telefone: (92)3305-1181	E-mail: cep.ufam@gmail.com
Endereço: Rua Teresina, 495	CEP: 69.057-070									
Bairro: Adrianópolis										
UF: AM	Município: MANAUS									
Telefone: (92)3305-1181	E-mail: cep.ufam@gmail.com									
Página 03 de 05										

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CONTINUAÇÃO)

		UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM			
Continuação do Parecer: 4.659.581					
<p>pandemia de COVID-19. O pesquisador(a) deve analisar a pertinência do início, segundo regras de sua instituição ou instituições/autoridades sanitárias locais, municipais, estaduais ou federais</p>					
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:					
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação	
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1729009.pdf	02/04/2021 21:35:27		Aceito	
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	02/04/2021 21:26:18	Denimara Miranda Neves	Aceito	
Outros	CARTA_CONVITE.pdf	02/04/2021 21:23:55	Denimara Miranda Neves	Aceito	
Outros	Classificacao_OxfordBased.pdf	02/04/2021 21:23:10	Denimara Miranda Neves	Aceito	
Declaração de concordância	Despacho_Psicologia.pdf	02/04/2021 21:20:23	Denimara Miranda Neves	Aceito	
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.pdf	02/04/2021 21:16:51	Denimara Miranda Neves	Aceito	
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	02/04/2021 21:16:24	Denimara Miranda Neves	Aceito	
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/04/2021 21:14:53	Denimara Miranda Neves	Aceito	
Outros	ROTEIROENTREVISTA.pdf	02/04/2021 21:14:34	Denimara Miranda Neves	Aceito	
Outros	STROBE.pdf	02/04/2021 21:14:11	Denimara Miranda Neves	Aceito	
Outros	PRISMA.pdf	02/04/2021 21:13:35	Denimara Miranda Neves	Aceito	
Outros	APENDICE_1_A_4.pdf	02/04/2021 21:12:31	Denimara Miranda Neves	Aceito	
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_SEASAM.pdf	02/04/2021 21:11:03	Denimara Miranda Neves	Aceito	
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	02/04/2021 21:10:47	Denimara Miranda Neves	Aceito	
Brochura Pesquisa	BROCHURA.pdf	02/04/2021 21:10:31	Denimara Miranda Neves	Aceito	

Situação do Parecer:
Aprovado

Endereço: Rua Teresina, 495 Bairro: Adrianópolis UF: AM Município: MANAUS Telefone: (92)3305-1181	CEP: 69.057-070 E-mail: cep.ufam@gmail.com
---	---

Página 04 de 05

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CONCLUSÃO)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 4.659.581

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 20 de Abril de 2021

Assinado por:

Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com

ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA SEAS AM (CONTINUA)



OFÍCIO Nº 5382/2020- DGTES/GDPES

Manaus, 28 de outubro de 2020.


A Sua Senhoria a Senhora
HADELÂNDIA MILON DE OLIVEIRA
 Coordenadora da Faculdade De Enfermagem da Universidade Federal do
 Amazonas - UFAM
 Rua Terezinha, Bairro: Adrianópolis, Nº 495
 Cep: 69057-070 – Manaus/AM

Assunto: Solicitação de Anuência para Projeto de Pesquisa.
 Processo nº 01.01.017101.012111/2020-38.
 Doc. nº 00101.00101.025115/2020-21.

Ao cumprimentá-la cordialmente, a Secretaria de Estado de Saúde – SES/AM, em atenção ao **Ofício de Anuência para Pesquisa**, datado de **29 de setembro de 2020**, intitulado **"Protocolo de Enfermagem no contexto amazônico: uma proposta de cuidado para a pessoa idosa com hipertensão na atenção especializada"**, encaminha a vossa senhoria, cópia do **TERMO DE COMPROMISSO N.º 50/2020-SES-AM**, bem como do **TERMO DE ANUÊNCIA**, devidamente autorizado, para conhecimento e demais providências necessárias para o andamento do Projeto.

Sendo o que temos a informar, nos colocamos a disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,


Marcellus José Barroso Campêlo
 Secretário de Estado de Saúde

DGTES/GDPES-CGLA - REV-CAS-ET-18

Avenida André Araújo, 701 - Aleixo
 Fone (92) 3643-6300
 Manaus-AM | CEP 69060-000
 www.saude.am.gov.br

Secretaria de
Saúde

Folha: 87

Processo de qualificação por: MARCELLUS JOSE BARROSO CAMPELO em 28/10/2020 às 12:29:04 conforme MP nº 2.200-2 de 24/06/2001. Verificador: 4035.D567.0403.F709

ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA SEAS AM (CONTINUA)



Manaus, 21 de outubro de 2020.

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do Projeto de Pesquisa intitulado "**Protocolo de enfermagem no contexto amazônico: uma proposta de cuidado para a pessoa idosa com hipertensão na atenção especializada**", nos **CAIMI Ada Rodrigues Viana, CAIMI Dr. André Araújo, CAIMI Paulo Lima**, sob coordenação do(a) **Prof. Dr. Zilmar Augusto de Souza Filho**, desenvolvida pelo(a) discente **Denimara Miranda Neves**, do Curso de Pós-graduação em **Enfermagem**, do(a) **Universidade Federal do Amazonas - UFAM**.

Marcellus José Barroso Campêlo
Secretário de Estado de Saúde


Avenida André Araújo, 701 - Aleixo
Fone: (92) 3643-6300
Manaus-AM-CEP 69060-000

Secretaria de
Estado de
Saúde

Folha: 86

Assinado digitalmente por: MARCELLUS JOSE BARROSO CAIMPELO em 29/10/2020 às 12:29:08 conforme MP nº 2.200-2 de 2001-2 de 24/09/2001. Verificador: C77C-047C-2038-EDCD

ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA SEAS AM (CONCLUSÃO)



AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

TERMO DE COMPROMISSO Nº 50/2020 - SES-AM que entre si celebram o ESTADO DO AMAZONAS, através da SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, e os Sra. DENIMARA MIRANDA NEVES na forma abaixo:

Ao vigésimo primeiro dia do mês de outubro de 2020, nesta cidade de Manaus, na sede da SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SES-AM, situada a Av. André Araújo nº 701, Aleixo, presentes o ESTADO DO AMAZONAS, por Intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SES-AM, doravante denominada simplesmente COMPROMITENTE, neste ato representado pelo Excelentíssimo Senhor Secretário de Estado de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde MARCELLUS JOSÉ BARROSO CAMPÊLO, Brasileiro, Casado, Engenheiro Civil, portador da C.I. Nº 876962 SSP/AM e inscrito no CPF Nº 336.314.682-53, residente e domiciliado em Manaus - AM, no uso de suas atribuições legais e o Sra. DENIMARA MIRANDA NEVES, portadores do C.I. Nº 2064651B SSP/AM, CPF: 932.786.592-87, domiciliado(a) e residente nesta cidade no(a) R. DR. NILSON VASCONCELOS, CJ. HILÉIA, 00100, APT 10, REDENÇÃO CEP: 69049-300 Manaus-AM, doravante chamado(a) COMPROMISSÁRIO(A) e, tendo em vista o que consta nos Autos do Processo Administrativo nº 17101.02270/2020 SES-AM, doravante referido por PROCESSO, na presença das testemunhas ao final nominadas, é assinado o presente TERMO DE COMPROMISSO, que se regerá, pelas seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA: OBJETO - O presente Termo de Compromisso tem por objeto regular as atividades de pesquisa intitulada "**Protocolo de enfermagem no contexto amazônico: uma proposta de cuidado para a pessoa idosa com hipertensão na atenção especializada**" que objetiva elaborar um protocolo de enfermagem no contexto amazônico para o cuidado de idosos hipertensos na atenção especializada.

CLÁUSULA SEGUNDA: REGIME DE EXECUÇÃO - O trabalho de pesquisa será feito pessoalmente pelo(a) COMPROMISSÁRIO(A) junto à Secretaria de Estado de Saúde - SES-AM, "**CAIMI Ada Rodrigues Viana, CAIMI Dr. André Araújo, CAIMI Paulo Lima**", a qual autoriza a pesquisa através de Anuência juntada aos autos. Será realizado uma pesquisa qualitativa que se caracteriza como uma pesquisa com percurso metodológico. O material de pesquisa será apresentado a Orientadora, para que a mesma possa orientar se os documentos poderão ser incluídos na pesquisa ou não.


CLÁUSULA TERCEIRA: DA RESPONSABILIDADE DO(S) COMPROMISSÁRIO(S) - O(S) COMPROMISSÁRIO(S) assumem nesta oportunidade, sob pena de responsabilidade por perdas e danos, o compromisso de que em toda e qualquer publicação, total ou parcial, de trabalhos que se tenham utilizado os dados e informações coletados junto às Instituições da Rede Estadual de Saúde, será incluído o crédito pela participação do Governo do Estado do Amazonas/SUSAM, bem como entregará mediante recibo, no prazo de 90 (noventa) dias a contar do término do trabalho, um exemplar no formato digital da Pesquisa finalizada. Enviar para o e-mail gdrh@saude.am.gov.br e desenvolvimento.rhsusam@gmail.com.

CLÁUSULA QUARTA: DO FORO - O foro do presente ajuste é o da Justiça Estadual da Capital, com expressa renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

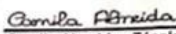
CLÁUSULA QUINTA: DA RESPONSABILIDADE JURÍDICA DO ESTADO - O Projeto de pesquisa será desenvolvido sem qualquer ônus para o Estado do Amazonas.


De tudo, para constar, foi lavrado o presente termo, em testemunhas abaixo, para que produza seus legais efeitos.

Manaus, 21 de outubro de 2020.


Marcellus José Barroso Campêlo
 Secretário de Estado de Saúde

Testemunhas:


 Camila Almeida - Técnica


 Nádia da Costa Macedo - Técnica

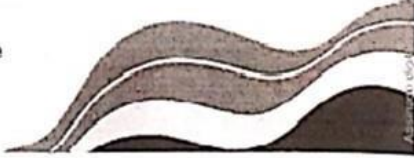
Pesquisador(a):


 DENIMARA MIRANDA NEVES

Avenida André Araújo, 701 - Aleixo
 Fone: (92) 3643-6300
 Manaus-AM-CEP 69060-000

Secretaria de Estado de Saúde

Folha: 85
 Folha: 88



Assinado digitalmente por MARCELLUS JOSE BARROSO CAMPELO em 21/10/2020 às 18:35:10 conforme MP nº 2.200-2 de 24/04/2001 - Verificador F183-4005-AC12-IDV8
 Assinado digitalmente por DENIMARA MIRANDA NEVES em 21/10/2020 às 12:29:00 conforme MP nº 2.200-2 de 24/04/2001 - Verificador FF78-2410-62D3-513C

Digitalizado com CamScanner

**ANEXO C – DESPACHO CENTRO DE SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA
– FAPSI/UFAM**



Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas
Centro de Serviço de Psicologia Aplicada - FAPSI

Processo nº: 23105.039405/2020-17
Interessado: Zilmar Augusto de Souza Filho

DESPACHO

Em resposta ao Processo SEI nº 23105.034984/2020-10

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com o atendimento psicológico, caso necessário, das(os) participantes da pesquisa intitulada **Protocolo de enfermagem o contexto amazônico: uma proposta de cuidado para pessoas idosas com hipertensão na atenção especializada**. Pesquisa coordenada pelo Professor Zilmar Augusto de Souza Filho, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas.

Manaus, 10 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Marck de Souza Torres, Professor do Magistério Superior**, em 10/11/2020, às 23:26, conforme horário oficial de Manaus, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufam.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0361200** e o código CRC **E144FA12**.

Av. General Rodrigo Otávio, 6200 - Bairro Coroado I Campus Universitário, Setor Sul, Bloco X - Telefone:
(92) 3305-1181 / Ramal 2583
CEP 69080-900, Manaus/AM, cspa.fapsi@ufam.edu.br

Referência: Processo nº 23105.039405/2020-17

SEI nº 0361200



APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA CONVITE AOS ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS DA REDE DE ATENÇÃO AO IDOSO A NÍVEL SECUNDÁRIO/AMBULATORIAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS
PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM NO CONTEXTO AMAZÔNICO/MESTRADO PROFISSIONAL

Prezado (a) Sr. (a):

Nós do Programa Pós-graduação Enfermagem o Contexto Amazônico/Mestrado Profissional, em nome do professor Dr. Prof. Dr Zilmar Augusto de Souza Filho (orientador), e da mestranda Denimara Miranda Neves, gostaríamos de convidá-lo a participar do estudo intitulado “**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO AMAZÔNICO PARA O CUIDAR DE IDOSOS HIPERTENSOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE MANAUS**”, como colaborador do conteúdo desta Tecnologia. Trata-se de uma Tecnologia com informações sistematizadas para mediar o processo de assistência para os profissionais enfermeiros que atuam na atenção ao idoso Hipertenso. A escolha do conteúdo visa dar suporte na construção do protocolo, pautado em evidências encontradas na literatura e para dar ênfase às ações desenvolvidas durante o processo da prática assistencial. Sua participação se dará através do preenchimento do instrumento de coleta de dados e de anotações/considerações feitas diretamente para construção da tecnologia. Não se constranja em rabiscar e escrever no próprio arquivo, pois nos será muito útil ter bastante material para a análise e adaptação desta tecnologia atingindo a construção de um conteúdo de fácil compreensão para a equipe de assistência, e que possibilite reordenar as ações desenvolvidas pelos mesmos. Sendo assim, poderemos construir juntos uma versão final deste produto tecnológico, sendo este adequado a sua vivência profissional e local. Antecipadamente agradecemos, pois em meio a sua concorrida vida profissional, com sua comprovada expertise em sua área, sua participação será muito útil ao estudo, contribuindo grandemente para a produção desta tecnologia. Informamos ainda que a metodologia do trabalho ocorrerá em 2 fases, Primeiro momento para coleta de informações, segundo momento para confecção do conteúdo que possibilitará que o senhor(a) realize a sua contribuição para a construção da tecnologia e nos faça todas as sugestões que achar pertinente para posterior análise.

Cordialmente,

DR. Zilmar Augusto de Souza Filho e Mestranda Denimara Miranda Neves

Manaus,

de _____ de 2020.

APÊNDICE B – TCLE PARA OS ENDERMEIROS ASSISTENCIAIS DA REDE DE ATENÇÃO AO IDOSO A NÍVEL SECUNDÁRIO/AMBULATORIAL (CONTINUA)

Universidade Federal do Amazonas
 Pró-Reitoria de Pós-Graduação
 Escola de Enfermagem de Manaus
 Pós-graduação Enfermagem no Contexto Amazônico/Mestrado Profissional

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa "PROTÓCOLO DE ENFERMAGEM PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA", cujo pesquisadora responsável é (mestranda) DENIMARA MIRANDA NEVES e o Prof. Dr ZILMAR AUGUSTO DE SOUZA FILHO (orientador). Os objetivos Geral do projeto é: Elaborar um protocolo de enfermagem no contexto amazônico para o cuidado de idosos hipertensos na atenção especializada. Sendo os Objetivos Específicos: Levantar as melhores evidências científicas para o manejo de cuidado assistencial para o idoso hipertenso; Elaborar e propor o fluxograma da organização do cuidado de enfermagem aos idosos hipertensos na atenção especializada de Manaus.

O(A) Sr(a) está sendo convidado porque está trabalhando direto na atenção especializada, dentro dos centros de atenção Integral de cuidado a pessoa idosa (CAIMI) e contamos com sua expertise nesse campo de atuação assistencial, o qual poderá colaborar com a tecnologia proposta.

Caso aceite participar, sua participação consiste em realizar uma entrevista com o pesquisador(a), respondendo um roteiro de perguntas semiestruturadas, que nortearão o processo de trabalho, apoiando na construção da tecnologia proposta. Garantimos ao Sr. (a) o total sigilo de utilizar o material e os dados obtidos exclusivamente para a finalidade prevista na pesquisa. Ressaltamos a garantia de sua privacidade na pesquisa durante todas as fases da pesquisa.

O(A) Sr(a). tem plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma nesta pesquisa.

Solicitamos sua autorização para o registro da entrevista, em que utilizaremos o celular para gravar e fazer o registro do som e imagem, essa entrevista se dará por meio do google meet, onde será gravada e guardada para fins da pesquisa, para posterior

Rubricas _____ (Participante)

Página 1 de 4

_____ (Pesquisador)

APÊNDICE B - TCLE PARA OS ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS DA REDE DE ATENÇÃO AO IDOSO A NÍVEL SECUNDÁRIO/ AMBULATORIAL (CONTINUAÇÃO)

Universidade Federal do Amazonas

Pró-Reitoria de Pós-Graduação

Escola de Enfermagem de Manaus

Pós-graduação Enfermagem no Contexto Amazônico/Mestrado Profissional

transcrição das informações que nortearão a construção do protocolo. Sendo que, a entrevista será agendada, com o dia e horário combinados previamente com o Sr(a), para melhor atender sua disponibilidade e colaboração com a pesquisa. Asseguraremos a confiabilidade e privacidade das informações passadas e que o uso da gravação dessa, seja utilizada somente para uso exclusivo desta pesquisa.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa os riscos para o(a) Sr.(a) são: riscos de cunho psíquicos, decorrentes de falas, pois poderão apresentar durante a entrevista e coleta de dados, desconfortos e/ou incômodos, medos, angústias. Diante dos riscos de ocorrer sentimentos de constrangimento frente a alguma pergunta proveniente da coleta de dados, serão tomadas medidas que permitam o indivíduo interromper a entrevista a qualquer momento sem prejuízo para o participante. Asseguramos ao(à) Sr(a) e Expressamos de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da sua participação no estudo, pelo tempo que for necessário. Garantindo-lhes a assistência imediata/emergencial e sem ônus de qualquer espécie, em situações em que este dela necessite em decorrência da pesquisa;

Serão adotadas medidas de orientação prévias quanto a esses possíveis riscos e se necessário, serão realizados encaminhamentos, para acompanhamento psicológico no serviço de psicologia da Universidade Federal do Amazonas, por meio dos setores de atendimento gratuito à comunidade.

No entanto, para minimizar a ocorrência destes riscos será assegurado ao (a) Sr. (a) o anonimato e o sigilo dos dados coletados, resguardo das opiniões dos participantes e disponibilização dos resultados somente para composição do banco de dados da pesquisa.

Também são esperados os seguintes benefícios com esta pesquisa: De modo geral, os benefícios desta pesquisa permitirão identificar a organização do cuidado de enfermagem prestado a pessoa idosa hipertensa nas unidades especializadas do SUS em Manaus. Será possível, equanimizar e aprimorar o cuidado prestado dentro das unidades dos CAIMI's, garantindo o atendimento com maior qualidade. Outro benefício que cabe

Rubricas _____ (Participante)

Página 2 de 4

_____ (Pesquisador)

APÊNDICE B - TCLE PARA OS ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS DA REDE DE ATENÇÃO AO IDOSO A NÍVEL SECUNDÁRIO/ AMBULATORIAL (CONTINUAÇÃO)

Universidade Federal do Amazonas

Pró-Reitoria de Pós-Graduação

Escola de Enfermagem de Manaus

Pós-graduação Enfermagem no Contexto Amazônico/Mestrado Profissional

destacar é o protagonismo do enfermeiro frente a tomada de decisão ao cuidado prestado a pessoa idosa Hipertensa, promovendo medidas que melhorem a qualidade de vida e saúde da pessoa idosa.

Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

Também estão assegurados ao(à) Sr(a) o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa. E ainda que seja necessário disponibilizaremos o provimento material prévio, exclusivamente para todas as despesas que julgar necessário, anterior à participação deste na pesquisa.

Garantimos ao(à) Sr(a), e seu acompanhante quando necessário, o ressarcimento de todas e quaisquer eventuais despesas devido sua participação na pesquisa, ainda que não previstas inicialmente, a pesquisadora fará o ressarcimento de totais despesas necessárias a pesquisa. Cabe ressaltar que os itens de ressarcimento não são apenas relacionados a transporte e alimentação, mas tudo que for necessário ao estudo. E caso necessário, será garantido o ressarcimento, de toda e quaisquer despesas em decorrência do estudo.

Garantimos ao(à) Sr(a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica.

O(A) Sr(a). pode entrar com contato com a pesquisadora responsável Denimara Miranda Neves a qualquer tempo para informação adicional no endereço: Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) – PPGENF- MP, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis Rua Teresina, Fone: 92982411495, email: maramneves@gmail.com.

O(A) Sr(a). também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, E-mail: cep@ufam.edu.br. Em virtude

Rubricas _____ (Participante)

Página 3 de 4

_____ (Pesquisador)

APÊNDICE B - TCLE PARA OS ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS DA REDE DE ATENÇÃO AO IDOSO A NÍVEL SECUNDÁRIO/ AMBULATORIAL (CONCLUSÃO)

Universidade Federal do Amazonas
Pró-Reitoria de Pós-Graduação
Escola de Enfermagem de Manaus

Pós-graduação Enfermagem no Contexto Amazônico/Mestrado Profissional

das medidas de isolamento social, o contato com o CEP/UFAM deve ser realizado unicamente por meio do email. E-mail: cep@ufam.edu.br .

O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.


Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a)., ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li e concordo em participar da pesquisa.

(LOCAL) _____, ____/____/____

Assinatura do Participante


APRENSÃO DACTILOSCÓPIA

Assinatura do Pesquisador Responsável

Rubricas _____ (Participante)

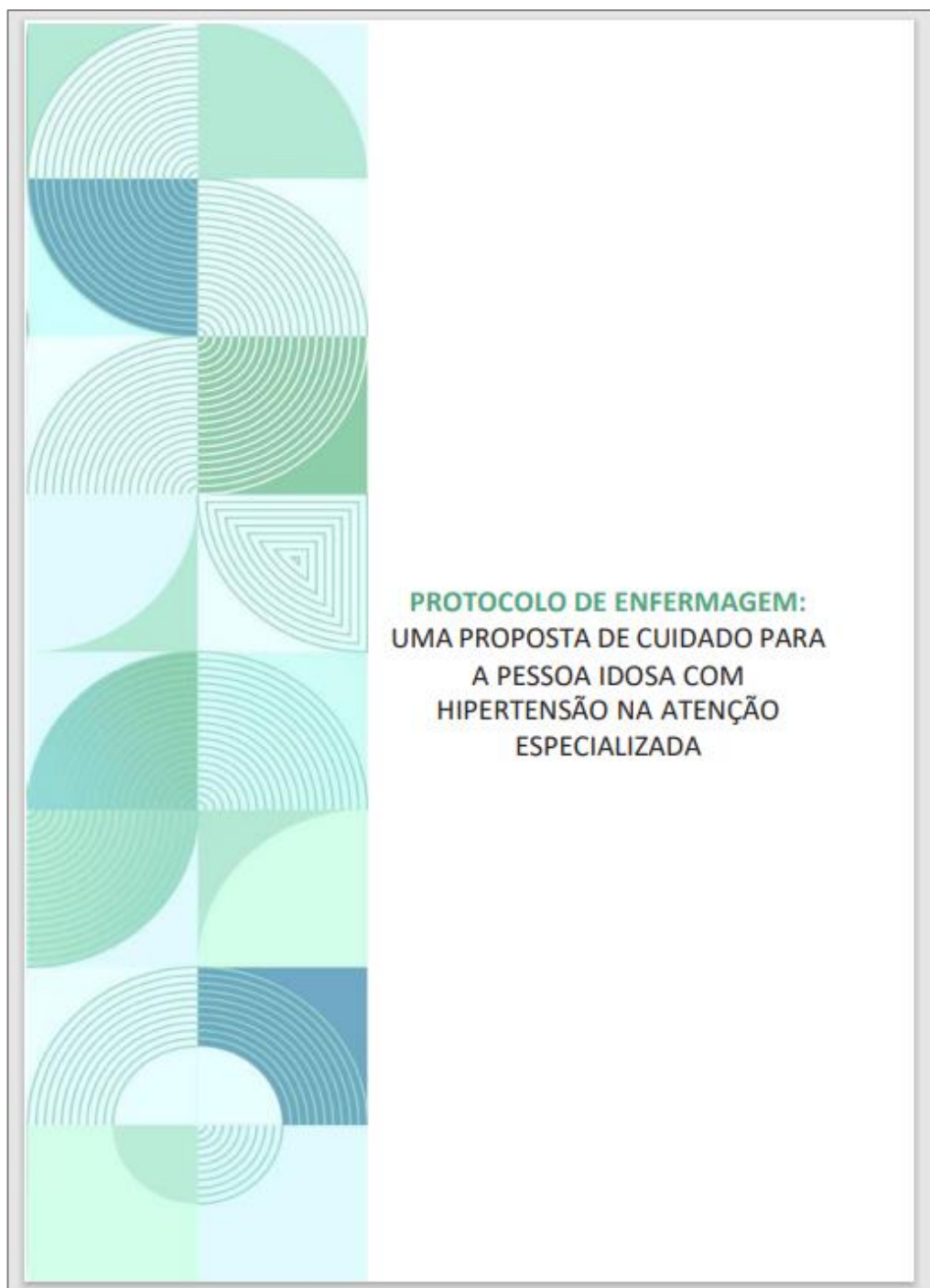
_____ (Pesquisador)

Página 4 de 4

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COMO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA ETAPA 2ª

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL	
CODINOME/NUMERAÇÃO:	
IDADE:	SEXO: M () F () ESTADO CIVIL : ESCOLARIDADE:
ANO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM:	
OCUPAÇÃO:	ESPECIALISTA EM:
TEMPO DE ATUAÇÃO NA AREA:	
TEMPO NESTA INSTITUIÇÃO:	
NATURALIDADE	
NACIONALIDADE	
PERGUNTAS PARA AJUDAR NA CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO	
2.	O que você avalia nesse paciente Hipertenso?
3.	Quais as informações que você acha que deveria constar no protocolo?
4.	Quais as intervenções de enfermagem que costuma tomar diante deste paciente?
5.	Quais ações poderiam desenvolver com o familiar?
6.	Qual a forma que você poderia sugerir para disponibilizar este protocolo para facilitar o seu uso?
7.	Você usa algum instrumento para complementar sua consulta? Qual?
Data: _____	
Hora: _____	
Entrevistador: _____	

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)



APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)



APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)



**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM:
UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA
COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

MANAUS - AMAZONAS
2021

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

Copyright © Denimara Miranda Neves, 2021.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM NO CONTEXTO AMAZÔNICO

Linha de Pesquisa: Gestão de Enfermagem no Contexto Amazônico.

Mestranda: Denimara Miranda Neves

Orientador: Prof. Dr. Zilmar Augusto de Souza Filho

Co-orientadora: Enfa. MSc. Vanusa do Nascimento

Design Gráfico - Capa e diagramação

Marcela Costa de Souza

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Neves, Denimara Miranda.

Protocolo de enfermagem: uma proposta de cuidado para a pessoa idosa com hipertensão na atenção especializada / Denimara Miranda Neves, Zilmar Augusto de Souza Filho e Vanusa do Nascimento. -- Manaus: Ed. do autor, 2021.

62p.

ISBN 978-65-00-35373-0

1. Cuidados - Enfermagem 2. Processo - Enfermagem
3. Hipertensão 4. Pessoa idosa I. Título.

21-86888

CDD - 320

Índices para catálogo sistemático:
Cuidados : Enfermagem : Processo : Hipertensão 320
Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM



APRESENTAÇÃO

Visando a integralidade do cuidado a pessoa idosa na cidade de Manaus, o serviço de atenção especializada à saúde da pessoa idosa, ocorre pelos Centros de Atenção Integral a Melhor Idade - (CAIMI's), funciona como porta de entrada, oferecendo ações e serviços de saúde de complexidade baixa a população idosa, contribuindo e primando para o fortalecimento da rede de atenção. A Enfermagem como parte da equipe de saúde, que atua nos CAIMI's, tem o papel de otimizar os atendimentos ambulatoriais, favorecendo o bom funcionamento dos serviços, pois a prestação do atendimento e do cuidado a esta população, depende de profissionais capacitados para resolutividade da atenção a saúde.

Os atendimentos realizados nos CAIMI's do estado do Amazonas, fazem parte da missão dos serviços, e de atendimento integral a saúde, para cumprir a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que preconiza "manter e promover autonomia e a independência dos nossos idosos". Destaca-se que a principal missão dos CAIMI's é garantir o atendimento ambulatorial a pessoa idosa, com ênfase no manuseio das condições crônicas prevalentes da terceira idade e nas ações preventivas relativas as políticas de saúde desenvolvidas na área de abrangência do CAIMI.

A Enfermagem dentro do campo da atuação no CAIMI, desempenha diversas funções, por meio da ampliação do acesso e da prática clínica, as atribuições destes profissionais estão voltadas principalmente para a gestão do serviço, atuação no campo assistencial e práticas educativas. Desempenhando ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento de agravos, e reabilitação da saúde das pessoas idosas, atuando ainda de maneira interdisciplinar e multiprofissional.

O foco deste protocolo é possibilitar um direcionamento para atuação da prática do cuidado assistencial de Enfermeiras e Enfermeiros que atuam nos Centros de


APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

Atenção Integral a Melhor Idade. Visando a qualidade do cuidado prestado à população idosa, bem como garantia aos profissionais de boas práticas, com base em evidências científicas, para uma assistência eficaz e resolutiva.

Destaque para as ações desempenhada pelos profissionais enfermeiros (o)s, principalmente para a pessoa idosa com Hipertensão, utilizando uma abordagem integral centrada na pessoa e na atenção à resposta a suas necessidades humana. Deste modo, o Processo de Enfermagem é aplicado na prática clínica dos enfermeiros visando uma melhor assistência.

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	
	
	<h1>SUMÁRIO</h1>
9	ASPECTOS ÉTICOS LEGAIS
12	INTRODUÇÃO
13	TEORIA DE ENFERMAGEM E SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE)
15	DEFINIÇÕES E PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO
15	DEFINIÇÃO
15	IMPACTO DA HAS NAS DOENÇAS CRÔNICAS
15	PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO
17	FATORES DE RISCO
17	SINAIS E SINTOMAS
18	DIAGNÓSTICO
19	AVALIAÇÃO INICIAL
19	FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR
20	FATORES DE RISCO ADICIONAIS
20	OUTROS FATORES, QUE PRECISAM SER AVALIADOS DURANTE ANAMNESE
20	TRIAGEM/RASTREIO DE RISCO
20	TRATAMENTO FARMACOLÓGICO/ADESÃO MEDICAMENTOSA
21	DESTAQUE PARA O PAPEL DO ENFERMEIRO

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	
23	ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM
24	Fluxograma: Acolhimento
25	DOMÍNIO 1: O INÍCIO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO DA PESSOA IDOSA HIPERTENSA
28	Histórico de Enfermagem e Anamnese
30	Exame Físico
31	Fluxograma: Consulta de Enfermagem
33	DOMÍNIO 2: CONSULTA DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
34	Consulta de Enfermagem ao Idoso
35	Instrumento para estratificar risco de fragilidade no Idoso
38	Fluxograma de Avaliação Multidimensional do Idoso
39	DOMÍNIO 3: O TECER DAS REDES SERVIÇOS DE SAÚDE E DE APOIO
40	Fluxograma Tecer das Redes
42	DOMÍNIO 4: PROMOÇÃO DO CUIDADO E SAÚDE PARA A PESSOA IDOSA
43	Fluxograma do Cuidado
44	OUTRAS CONSIDERAÇÕES PROPOSTA PELAS DIRETRIZES
45	ANEXO 1. ESCALA DE FRAMINGHAM (Estratificar o risco cardiovascular)
46	ANEXO 2: ORIENTAÇÕES PARA AFERIÇÃO CORRETA DA PRESSÃO ARTERIAL
47	Orientações para aferição da Pressão arterial em consultório
48	Orientações para aferição da Pressão arterial por meio da MRPA ou MAPA
49	Indicação das medidas de pressão arterial
50	LISTA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SUGERIDOS
61	REFERÊNCIAS

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

ASPECTOS ÉTICOS LEGAIS

Para dar subsídios, autonomia e amparo à atuação da Enfermeira e Enfermeiro ao cuidado para a pessoa idosa com hipertensão na atenção especializada, este protocolo considerou os seguintes aparatos legais:

- Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, no que diz respeito a profissão e sua integração na equipe de saúde, na participação, na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde. Essa norma regulamenta todas as ações da equipe de enfermagem no Brasil.
- Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a lei do exercício da profissão de enfermagem.
- Resolução Cofen nº 195/1997, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotinas e complementares por enfermeiros.
- Resolução Cofen nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências.
- Resolução Cofen nº 509/2016, que atualiza a norma técnica para Anotação de responsabilidade técnica pelo serviço de enfermagem e define as atribuições do enfermeiro responsável técnico.
- Resolução Cofen nº 514/2016, que aprova o guia de recomendações para o registro de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de enfermagem.
- Resolução Cofen nº 543/2017, que atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de Enfermagem.
- Resolução Cofen nº 564/2017, que aprova o Código de Ética dos Profissionais de enfermagem. Esse profissional deve ter sua conduta amparada nos conceitos éticos e legais da profissão e tem como obrigação conhecer o presente código para atuar de forma segura e legal com vista à garantia de uma assistência de Enfermagem livre da possibilidade de riscos.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

- Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Portaria Ministerial nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e estabelece as revisões das diretrizes para organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- COFEN, 2018. Diretrizes para elaboração de protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde pelos conselhos regionais.

OUTRAS BASES FUNDAMENTAIS PARA A ESTRUTURAÇÃO DO PROTOCOLO:

- (BRASIL, 2013). BRASIL. **Caderno de Atenção Básica: hipertensão arterial sistêmica**. Ministério da saúde. Brasília: 2013.

- (BRASIL, 2011). BRASIL. **Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Ministério da saúde. Brasília – DF: 2011.

- (BRASIL, 2006). BRASIL. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica - n.º 19**. Ministério da saúde. Brasília: 2006.

- (BARROSO et al., 2020). BARROSO, W. K. S. et al. Brazilian guidelines of hypertension - 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2020.

- (BRASIL, 2013). BRASIL. **Caderno de Atenção Básica: Hipertensão arterial sistêmica**. Ministério da saúde. Brasília: 2013.

- (FEITOSA-FILHO et al., 2019). FEITOSA-FILHO, G. S. et al. Atualização das Diretrizes em Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 112, n. 5, p. 649-705, 2019.

- (BRASIL, 2021). BRASIL. **Linha de Cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica**. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família Linha, 2021.

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

FUNDAMENTOS¹

ORIGEM

Programa de Pós-graduação em Enfermagem no Contexto Amazônico (PPGENF-MP) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

Área de concentração: Prática clínica avançada na enfermagem amazônica Linha de pesquisa: Gestão em enfermagem no contexto amazônico.

OBJETIVO

Este protocolo se destina aos profissionais Enfermeiros que atuam diretamente na assistência à pessoa idosa com hipertensão nos Centros de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI) unidades de atenção especializada em saúde da cidade de Manaus, Amazonas.

GRUPO DE DESENVOLVIMENTO


Profissionais do corpo docente e discente do PPGENF-MP/UFAM, além da participação dos profissionais especialistas e com expertise na área do cuidado de enfermagem à pessoa idosa.

CONFLITO DE INTERESSE

Sem conflito de interesses.

PONTO DE PARTIDA E EVIDÊNCIA CIENTÍFICAS

O ponto de partida se deu a partir das vivências e experiências de profissionais Enfermeiros que atuam em CAIMI's em Manaus e da expertise dos pesquisadores/autores deste protocolo, o que contribuiu para construção do protocolo, composto pelos 4 domínios temáticos referenciados na etapa qualitativa do estudo, mais a inclusão das melhores evidências científicas levantadas por meio da revisão da literatura, com aportes teóricos para complementação da proposta.



**SAIBA MAIS SOBRE
PROTOCOLOS DE
ENFERMAGEM**

¹ COFEN, 2018. Diretrizes para elaboração de protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde pelos conselhos regionais.

11

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

INTRODUÇÃO

A assistência de enfermagem deve estar pautada no conhecimento científico, visando a padronização adequada do exercício profissional de modo a olhar a assistência cumprindo seus aspectos éticos e legais. Deste modo, este protocolo visa favorecer autonomia no exercício profissional do Enfermeiro evitando imperícia, imprudência e negligência (COFEN, 2009).

Atendendo aos pressupostos da prática baseada em evidências, as normas e regulamentos do Sistema Único de Saúde, a construção do protocolo viabilizou a proposta apresentada para melhor atender aos profissionais enfermeiros que atuam na atenção especializada à pessoa idosa nos CAIMI's.

A aplicabilidade deste protocolo na prática visa:

- Possibilita maior segurança aos usuários e profissionais;
- Subsidiar a redução variabilidade de ações do cuidado;
- Contribui com a qualificação dos profissionais enfermeiros para a tomada de decisão assistencial;
- Facilita para incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde;
- Auxiliar a implantação de inovações tecnológicas no cuidado de enfermagem;
- Possibilitar o uso racional de recursos disponível e maior transparência e controle dos custos;
- Facilitar o desenvolvimento de indicadores de processos e de resultados;
- Disseminar conhecimento, comunicação profissional e coordenação do cuidado.

O tema abordado neste documento foi escolhido pela magnitude e relevância na prática da enfermagem nos CAIMI's, e a certeza de que contribuirá para o aumento da resolutividade da consulta de enfermagem.

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

TEORIA DE ENFERMAGEM E SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE)

O referencial teórico utilizado como base para fundamentação deste protocolo, é a Teoria das Necessidades Humanas Básicas proposta por Wanda de Aguiar Horta (1979), a qual objetiva-se atender as necessidades humanas básicas, desenvolvida a partir da teoria de Maslow. O olhar mais aprofundado dos profissionais Enfermeiros nesta teoria, possibilitarão maior autonomia e respaldo técnico-científico dentro de seu processo de trabalho, com perspectiva metodológica de fundamentar e assegurar todas as ações a serem desenvolvidas dentro do processo de enfermagem (HORTA, 2005).

Considerando a teoria de enfermagem como um dos princípios fundamentais dos profissionais de enfermagem para a execução do exercício de suas atividades com maior competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética; a proposta lança mão deste referencial para que tenha um alcance da integralidade no atendimento das necessidades dos indivíduos de uma maneira ampliada.

Sendo por tanto, a teoria das necessidades humanas básicas de Horta utilizada para referenciar e facilitar a interação entre os envolvidos visando atender o indivíduo em suas necessidades básicas, tornando-o independente dessa assistência, quando possível pelo ensino do autocuidado, e recuperar, manter e promover saúde em colaboração com outros profissionais (CUBAS e NOBREGA, 2015).

Nessa perspectiva considera-se o atendimento das necessidades humanas básicas, como elementos norteadores para os cuidados de enfermagem, em seus três níveis: necessidades psicobiológicas, necessidades psicossociais e necessidade psicoespirituais, conforme a figura seguir:

Figura 1. Diagramação das Necessidades Humanas Básicas (NHB).



Fonte: (HORTA, 2005). Adaptado pela Autora.

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

Neste modo a dinâmica das ações de sistematização da assistência de enfermagem, representam o modo de integrar o indivíduo, a família e a comunidade.

Lança-se mão também da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) por ser um sistema de classificação, que tem o intuito de estabelecer uma linguagem comum que represente a enfermagem mundial. Possibilitando aos enfermeiros uma linguagem uniformizada para melhorar a prática clínica dos profissionais (CUBAS e NOBREGA, 2015).

A CIPE utilizada na prática é uma aposta clara, permitindo uma comunicação eficiente e sem ambiguidades entre os diferentes profissionais e organizações, permitindo um melhor cuidado integrado e de qualidade (CUBAS, NOBREGA, 2015).

EIXO	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS
FOCO	Área de atenção relevante para a enfermagem Dor	Dor - Eliminação - Expectativa de vida - Conhecimento
JULGAMENTO	Opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem	Risco de - Aumentado - Interrompido - Melhorado
MEIOS	Maneira ou método de executar uma intervenção	Bandagem - Cateter urinário - Técnica de respiração
AÇÃO	Processo intencional aplicado desempenhado por um cliente	Promover - Encorajar - Entrevistar - Aliviar
TEMPO	O momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência	Admissão - Período-Intermitente
LOCALIZAÇÃO	Orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenções	Anterior - Cavidade torácica - Hospital - dia
CLIENTE	Sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário de uma intervenção de enfermagem	Idoso - Família - Comunidade

Fonte: (FLORIANÓPOLIS, 2020).

Cabe destacar que o documento traz base teórica pautado no subconjunto terminológico da CIPE® para cuidado de enfermagem para pessoas com hipertensão e pessoa idosa, possibilitando diversos benefícios para a enfermagem advindos de, mapeamentos e descrições das ações e melhor identificação dos resultados, o que apoia a documentação sistematizada das ações, favorecendo a segurança no trabalho em enfermagem e a qualificação do cuidado (NOBREGA, 2015).

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

DEFINIÇÕES E PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO²

DEFINIÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica não transmissível (DCNT). Trata-se de uma condição multifatorial, que depende de fatores genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais, caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva (BARROSO et al., 2020).

É aconselhável, quando possível, a validação de tais medidas por meio de avaliação da PA fora do consultório por meio da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), da Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) ou da Automedida da Pressão Arterial (AMPA) (BARROSO et al., 2020).

IMPACTO DA HAS NAS DOENÇAS CRÔNICAS

A hipertensão arterial é o principal fator de risco modificável com associação independente, linear e contínua para doenças cardiovasculares (DCV), doença renal crônica (DRC) e morte prematura. Por se tratar de condição frequentemente assintomática, a HA costuma evoluir com alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos. Associa-se ainda a fatores de risco metabólicos para as doenças dos sistemas cardiocirculatório e renal, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose, e diabetes melito (DM) (BARROSO et al., 2020).

Além disso, apresenta impacto significativo nos custos médicos e socioeconômicos, decorrentes das complicações nos órgãos-alvo, fatais e não fatais, como: Coração: doença arterial coronária (DAC), insuficiência cardíaca (IC), fibrilação atrial (FA) e morte súbita; Cérebro: acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico (AVEI) ou hemorrágico (AVEH), demência; Rins: DRC que pode evoluir para necessidade de terapia dialítica; e Sistema arterial: doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) (BARROSO et al., 2020).

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

A prevalência de multimorbidade aumenta com a idade, de forma que mais de 2/3 dos idosos têm duas ou mais doenças crônicas. Um estudo de base populacional com pessoas idosas revelou que mais de 60% apresentaram múltiplas doenças crônicas; e a hipertensão arterial (HA) foi a segunda mais prevalente, ficando atrás apenas da dor lombar crônica (FIRMO et al., 2019).



SAIBA MAIS SOBRE
HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA

² BRASIL, 2021. Linha de Cuidado do Adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica.

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

No Brasil o levantamento realizado através da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, revelou que 21,4% (IC 95% 20,8- 22,0) dos adultos brasileiros autorrelataram HA, considerando as medidas de PA aferidas e uso de medicação anti-hipertensiva, o percentual de adultos com PA maior ou igual que 140 por 90 mmHg chegou a 32,3% (IC 95% 31,7-33,0). Outro estudo detectou que a prevalência de HA foi maior entre homens, além de aumentar com o avanço da idade por todos os critérios, chegando a 71,7% para os indivíduos acima de 70 anos (FEITOSA-FILHO et al., 2019).

Um estudo realizado com idosos no Brasil dos 9.412 participantes, destes 4.451 informaram ter tido diagnóstico médico de HAS e estar em uso de medicação anti-hipertensiva. Desses 96,8% possuíam informações completas para controle da doença. A prevalência do controle adequado da HAS foi igual a 50,2%. Sendo observado a média de idade dos participantes igual a $\pm 64,7$ anos, 59,9% eram mulheres, 37% possuíam menos de quatro anos de estudo e residiam em domicílios com renda mediana per capita igual a R\$ 799,00 (FIRMO et al., 2019).

O estudo realizado no CAIMI revelou que 50,80 % dos idosos atendidos nas unidades especializadas a pessoa idosa são hipertensos (DINIZ, 2017). Dados da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas, do Ministério da Saúde, aponta que a projeção para 2020 foi de 17,3 % da população de Manaus (AM) referiram o diagnóstico médico de hipertensão arterial (BRASIL, 2020).

As DCV são a principal causa de morte, hospitalizações e atendimentos ambulatoriais em todo o mundo, inclusive em países em desenvolvimento como o Brasil. Em 2017, dados completos e revisados do Datasus mostraram a ocorrência de 1.312.663 óbitos no total, com um percentual de 27,3% para as DCV. A HA estava associada em 45% destas mortes cardíacas: DAC e IC e de 51,0% das mortes por doença cerebrovascular (DCbV) e um percentual muito pequeno de mortes diretamente relacionadas com a HA (13,0%). Vale ressaltar que a HA mata mais por suas lesões nos órgãos alvo (FEITOSA-FILHO et al., 2019).

Diante do aumento progressivo da idade, houve elevação das média de óbitos relacionada a doenças hipertensivas, entre os anos de 2010 e 2014. Nas faixas etárias entre 50-59 anos com 15,11% ($\pm 35,35$), 60-69 anos com 24,14% ($\pm 55,34$), 70-79 anos com 35,07% ($\pm 81,03$) e 80 ou mais anos com 57,87% ($\pm 139,08$) (ALMEIDA-SANTOS; PRADO; SANTOS, 2018).

Na população geriátrica, a HA é o principal fator de risco (FR) modificável para morbidade e mortalidade cardiovascular, mesmo nas idades mais avançadas. É fundamental ressaltar que a HA é FR modificável para declínio cognitivo, demência e perda de funcionalidade (FEITOSA-FILHO et al., 2019) .

1.1.1 Informações para reflexões

- Os benefícios do tratamento da hipertensão (não medicamentoso e/ou medicamentoso) superam os riscos.

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

- A HA é uma condição multifatorial (genética, meio ambiente, hábitos de vida e fatores socioeconômicos).
- A HA é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares e renais.
- A HA tem alta prevalência, é de fácil diagnóstico e possui tratamento adequado, mas é de difícil controle pela baixa adesão.
- A prevenção da HA é custo-efetiva e o melhor caminho para a diminuição da morbimortalidade cardiovascular. Fonte: (BARROSO et al., 2020).

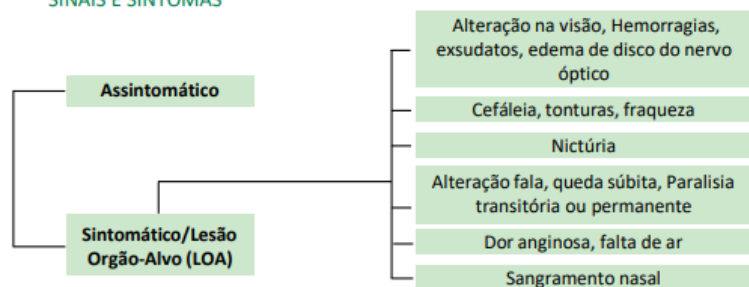
FATORES DE RISCO

A HA tem alta prevalência e é um dos principais fatores de risco para as DCV e renais. Mostra-se de fácil diagnóstico e seu tratamento é eficaz utilizando-se um arsenal terapêutico diversificado. Para tanto, a abordagem adequada dos fatores de risco para o desenvolvimento da HA deve ser o grande foco do SUS. Nesse quesito, há vários pontos que merecem destaque. Muitos dos fatores de riscos se confundem ou se somam ao tratamento não medicamentosos (BRASIL, 2021; BARROSO et al., 2020).

Exemplos:

- Falta do Controle do Peso;
- Ausência de uma Dieta Saudável;
- Aumento do ingesta de Sódio;
- Diminuição da ingesta Potássio;
- Ausência da Atividade Física;
- Consumo exagerado de Álcool;
- Falta de Controle de Fatores Psicossociais;
- Falta de adesão da Espiritualidade/Religiosidade;
- Redução da ingesta de Suplementos Alimentares;

SINAIS E SINTOMAS



Fonte: Elaborado pela autora (2021). Adaptado de Brasil (2021).

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO

A investigação da HA na pessoa idosa pode ser dificultada pela presença de múltiplas comorbidades e polifarmácia.

Alerta-se que o diagnóstico deve ser estabelecido em mais de uma consulta médica. Geralmente de 2 a 3 consultas com intervalos de 1 a 4 semanas (dependendo dos níveis pressóricos). O diagnóstico é feito em uma única consulta se a PA do paciente estiver maior ou igual a 180/110 mmHg e houver evidência de doença cardiovascular (FEITOSA-FILHO et al., 2019).

O diagnóstico da HA, baseado nos resultados da medida de consultório e atendendo aos preceitos básicos de técnica e aparelhos adequadamente utilizados, é definido como ≥ 140 mmHg para a PAS e ≥ 90 mmHg para a PAD. Nas últimas diretrizes internacionais de HA, tem sido recomendado que o diagnóstico da HA, sempre que possível, seja baseado na medida do consultório, preferencialmente realizada de forma desacompanhada, ou então por meio de medidas fora do consultório (MAPA e MRPA) (BRASIL, 2021).

Valores pressóricos sugeridos para a hipertensão arterial categorizados pela Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2020			
Categoria	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA no consultório	≥ 140	e/ou	≥ 90
MAPA 24 horas	≥ 130	e/ou	≥ 80
Vigília	≥ 135	e/ou	≥ 85
Sono	≥ 120	e/ou	≥ 70
MRPA	≥ 130	e/ou	≥ 80

HA: hipertensão arterial; PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; MAPA: monitorização ambulatorial da pressão arterial; MRPA: monitorização residencial da pressão arterial.

Fonte: Elaborado pela autora (2021). Adaptado de Barroso et al., (2021).

Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade definidas pela Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial 2020			
	CLASSIFICAÇÃO		
	PAS (mHg)		PAD (mmHg)
PA ótima	< 120	e	< 80
Normal	120-129	e/ou	80-84
Pré-hipertensão	130-139	e/ou	85-89
HA Estágio 1	140-159	e/ou	90-99
HA Estágio 2	160-179	e/ou	100-109
HA Estágio 3	≥ 180	e/ou	≥ 210

Fonte: Elaborado pela autora (2021). Adaptado de Barroso et al., (2021).

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

SIMPLIFICANDO OS NÍVEIS DE PAS E PAD		
NORMAL	PAS \leq 120	PAD \leq 80
PRÉ-HIPERTENSÃO	PAS entre = 121-139	PAD = 81-89
HIPERTENSÃO	PAS \geq 140	PAD \geq 90
CRISE HIPERTENSIVA	PAS \geq 180	PAD \geq 120

Fonte: Elaborado pela autora (2021). Adaptado de Barroso et al., (2021).

Sempre que possível, incluir a medição da PA fora do consultório tanto para diagnóstico, quanto para pacientes com PA elevada no consultório mesmo com tratamento otimizado.

AVALIAÇÃO INICIAL

Cabe destacar que confirmação do diagnóstico, a identificação de fatores de risco, a suspeita e identificação de causa secundária da HA, a avaliação do risco cardiovascular, identificação de lesões de órgão-alvo (LOA) e doenças associadas. Só é confirmada por meio de:

- Medição da PA no consultório e/ou fora dele, utilizando-se técnica adequada e equipamentos validados, história clínica (pessoal e familiar), exame físico, investigação clínica e laboratorial.
- Sempre que possível, incluir a medição da PA fora do consultório tanto para diagnóstico, quanto para pacientes com PA elevada no consultório mesmo com tratamento otimizado.
- A avaliação e acompanhamento clínico da HAS deve ser realizado por equipe multidisciplinar, tendo importante papel da equipe de enfermagem no acolhimento e rastreamento da condição clínica.

Cabe ressaltar os pontos relevantes que merecem atenção quantos aos fatores de riscos associados a esta condição. Conforme descrição abaixo por Brasil (2021).

FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR A SEREM CONSIDERADOS

- Idade: Homem > 55 anos, Mulheres > 65 anos
- Tabagismo
- Diabetes
- Dislipidemias: Triglicérides > 150 mg/dl, LDL-C > 100 mg/dl, Colesterol total > 190 mg, HDL-C < 40 mg/dl
- História familiar prematura de doença cardiovascular (familiares de 1º grau): Homem < 55 anos, Mulheres < 65 anos.

19

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

FATORES DE RISCO ADICIONAIS QUE NÃO PODEM SER DESCARTADOS

- Obesidade (IMC > 30 kg/m²)
- Consumo de álcool
- Síndrome da apneia obstrutiva do sono
- Síndrome metabólica
- Estilo de vida sedentário: combinação dos dois comportamentos abaixo:
 - Longo tempo em comportamento sedentário: a maior parte do dia sentado
 - Não praticar nenhuma atividade física regular na semana

OUTROS FATORES, QUE PRECISAM SER AVALIADOS DURANTE ANAMNESE

- Hábitos alimentares como o consumo excessivo de sódio e cafeína
- Sinais de ansiedade, depressão ou problemas sociais relevantes
- Medicamentos em uso
- Uso de substâncias ilícitas

TRIAGEM/RASTREIO DE RISCO

Para que a triagem e rastreio de risco seja eficiente, é necessária uma avaliação minuciosa do estado do paciente, envolvendo uma avaliação de risco conforme fatores de risco adicionais, presença de LOA e de DCV ou DRC (BRASIL, 2021).

A importância da classificação de Risco vai apoiar nas tomadas de decisões da equipe Multidisciplinar.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO/ ADESÃO MEDICAMENTOSA

O tratamento e o controle pressórico adequados da HA em idosos têm benefícios inequívocos, com redução expressiva de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Insuficiência Cardíaca (IC) e mortalidade, além da prevenção do declínio cognitivo e, provavelmente de demência (FEITOSA-FILHO et al., 2019).

Por outro lado, os níveis exatos de PA considerados para tratamento nos idosos, assim como as metas com o tratamento, têm sido foco de debates, com divergências entre diferentes diretrizes (BRASIL, 2021).

Sendo assim, recomenda-se que a avaliação da pessoa idosa com hipertensão seja individualizada.

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

O tratamento de pacientes idosos segue a mesma recomendação da população em geral, devendo ser prescrito o fármaco de melhor tolerância. Em seguida observa-se o diagrama preferencial de associações medicamentosas conforme orientação da Diretriz Brasileira de Hipertensão 2020 (BRASIL, 2021b).

DIAGRAMA PREFERENCIAL DE ASSOCIAÇÕES DE MEDICAMENTOS

Combinação Não Recomendada
 Combinação Recomendada
 Combinações possíveis mas menos testadas

Fonte: Elaborado pela autora (2021). Adaptado de Brasil (2021).

Cabe ponderar as orientações da Diretriz Cardiológica Brasileira que ressalta que mesmo acima da idade cronológica, convém ponderar condição funcional, cognição, grau de fragilidade, expectativas do paciente, comorbidades, lesão de órgãos-alvo e risco CV global, polifarmácia e tolerabilidade ao tratamento (BRASIL, 2021).

DESTAQUE PARA O PAPEL DO ENFERMEIRO

Ações Específicas:

- Abordar/orientar sobre o processo saúde-doença;
- Para sistematizar o cuidado, realize o processo de enfermagem (histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem);

21

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

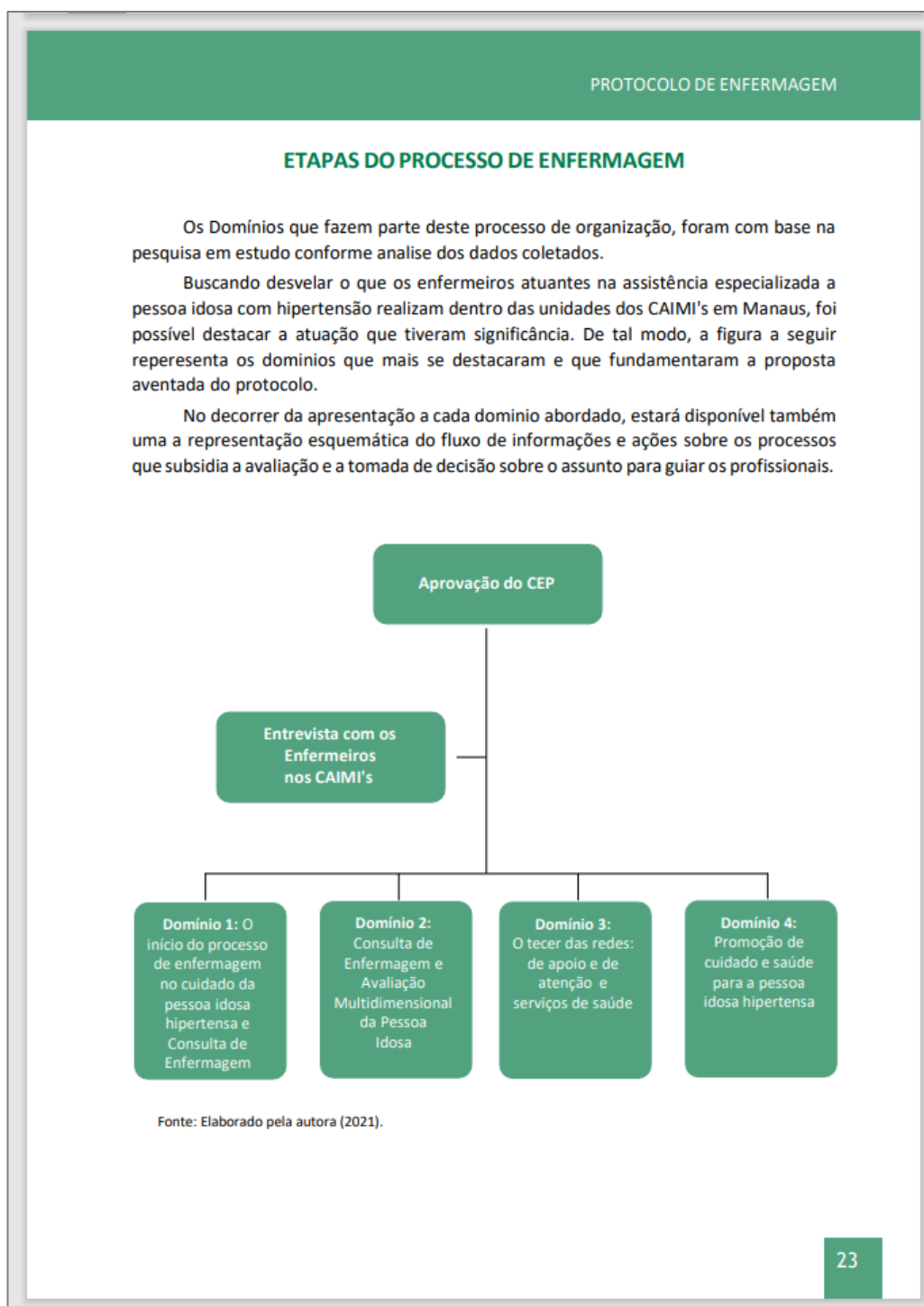
PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

- Identifique os fatores de risco que têm influência na HAS e auxilie a controlá-los;
- Auxilie na manutenção dos níveis pressóricos abaixo da meta;
- Revise os medicamentos em uso (indicação, doses, horários, efeitos desejados e colaterais);
 - Auxilie nas mudanças no estilo de vida (motivando para modificar hábitos de vida não saudáveis (fumo, estresse, consumo de bebida alcoólica e comportamento sedentário);
 - Incentive a atividade física e a redução do peso corporal quando acima do IMC recomendado;
- Identifique a presença de complicações promovendo medidas de prevenção secundária;
- Revise exames solicitados ou solicite novos exames conforme protocolo assistencial;
- Avalie e solicite o apoio de outros profissionais de saúde de acordo com as necessidades de cada caso e com os recursos disponíveis (como psicólogo, nutricionista, assistente social, educador físico, farmacêutico);
- Encaminhe/acompanhe a avaliação com cirurgião-dentista anualmente.

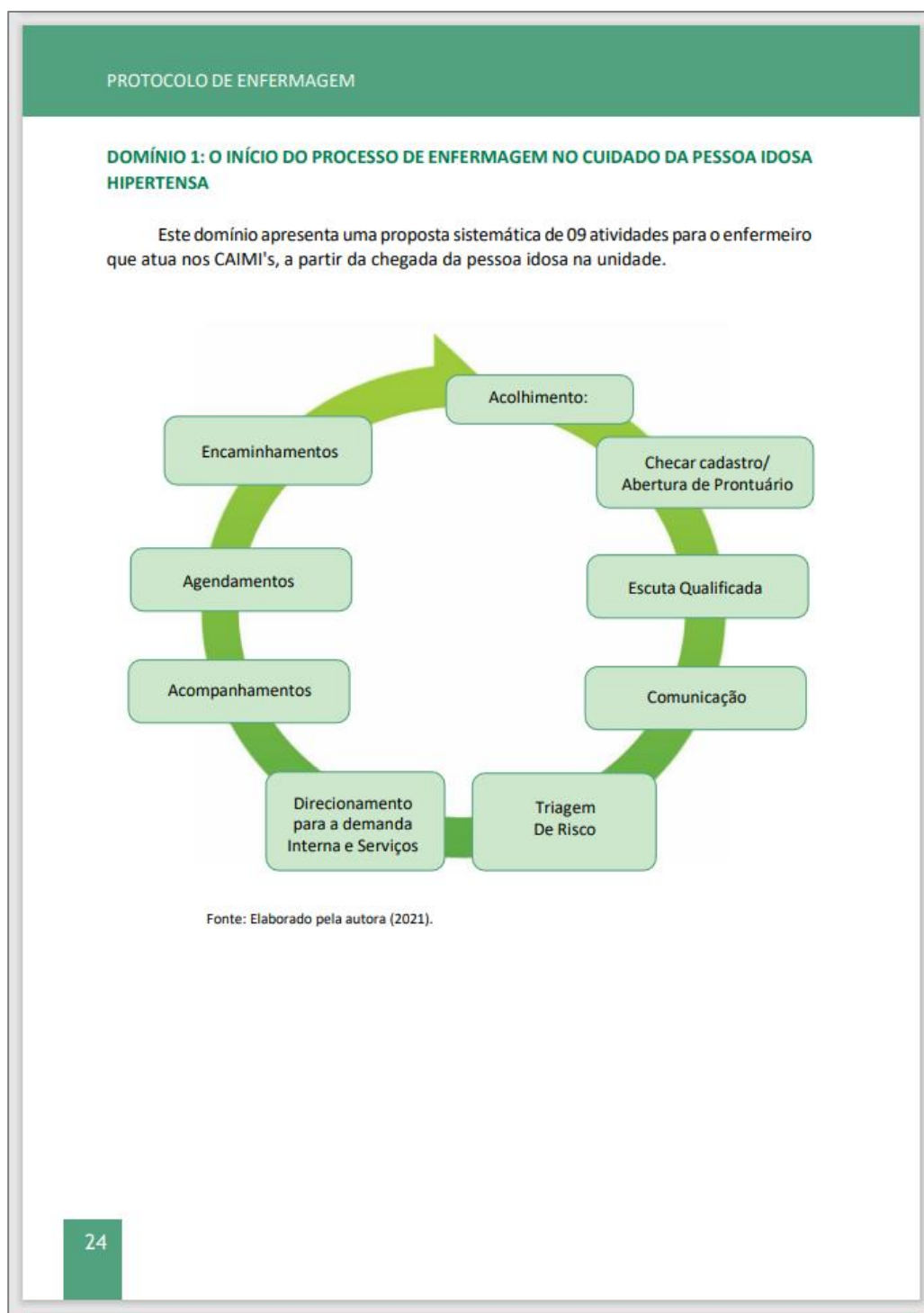


Cabe destacar a necessidade de articulação entre os níveis de atenção à saúde para a pessoa idosa, como medida para fortalecimento da atenção, principalmente na promoção da saúde e controle da condição crônica.

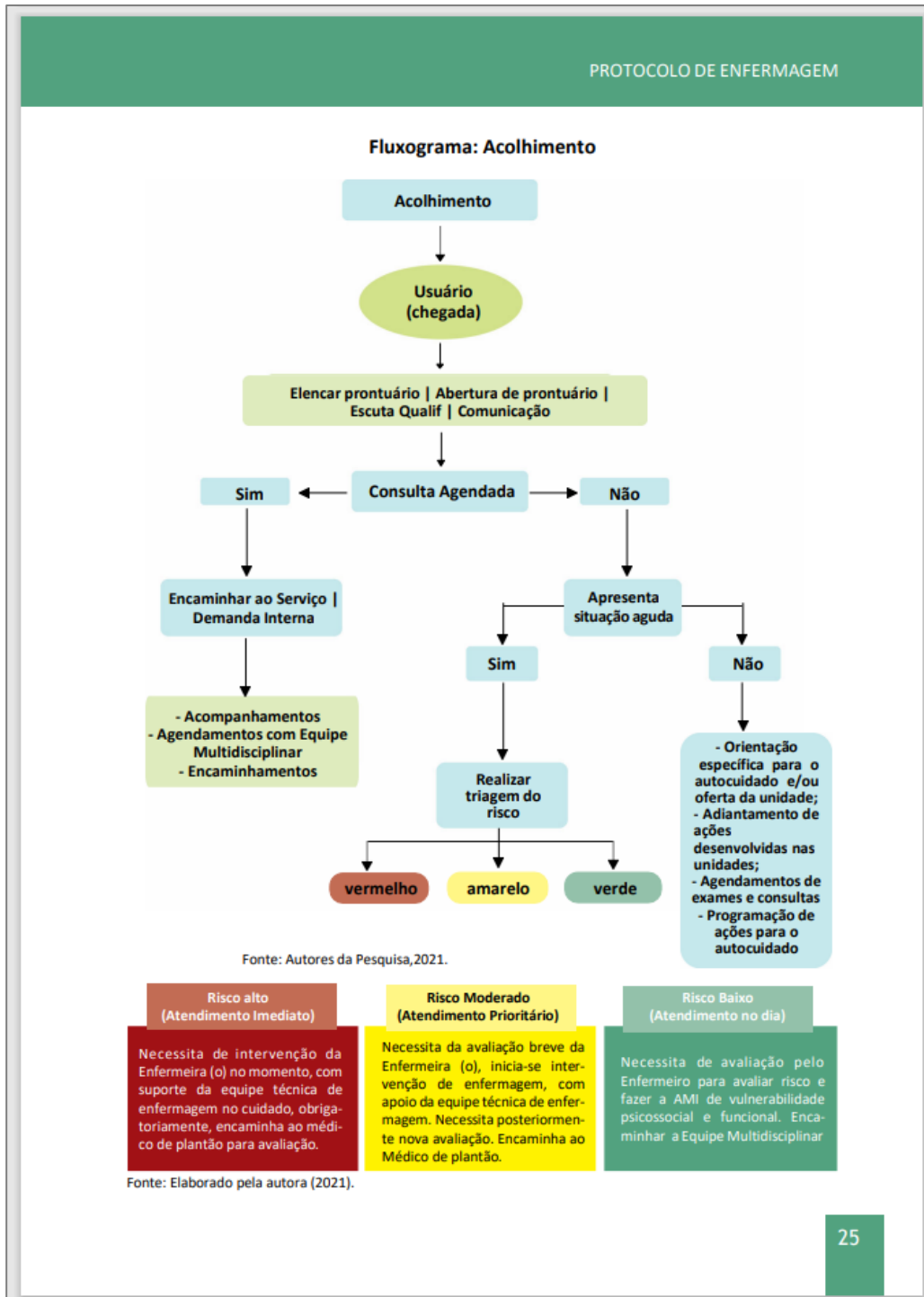
APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)



APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)



APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)



APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

O fluxograma apresentado anteriormente traz uma proposta sistemática do Acolhimento com a classificação do risco para que o enfermeiro que atua nos CAIMI's, possam melhor atender e direcionar a pessoa idosa na unidade.

Objetivo da triagem do risco é detectar precocemente os estados hipertensivos dos usuários atendidos nas unidades especializadas. De modo que, durante o acolhimentoé possível avaliar a situação dos usuários e saber quando este torna-se uma prioridade no atendimento, de modo a direcioná-lo para o atendimento mais adequado dentro dos CAIMI's.

RISCO ALTO

1. Cefaléia com rigidez de nuca, vômitos em jato, náuseas, alteração de estado mental, sinais neurológicos focais (paresia, afasia).
2. Crise epilética e epilepsia - em crise epilética.
3. Vômitos com desidratação grave.
4. Dispneia em adultos com taquipneia, cianose central, incapacidade de beber, tiragem subcostal, presença de confusão mental, FR \geq 30, P. A. com sistólica menor que 90mmHg e diastólica \geq 60mmHg, idade maior de 65 anos.
5. Asma - crise muito grave - dispneia em repouso, não consegue falar, apresenta confusão mental, FR \geq 30 em adultos, pulso maior que 120.
6. Asma - crise grave - dispneia em repouso, fala palavras, apresenta-se agitado, frequência respiratória aumentada, pulso maior que 120.
7. Edema pulmonar agudo - comprometimento de vias áreas, dispneia grave, ausência de murmúrio vesicular, sinais de choque, pessoa não responsiva (Glasgow)*.
8. Dor torácica - com duração superior a 30 minutos sem melhora em repouso, dor em aperto com irradiação para um ou ambos os membros superiores, de intensidade forte acompanhada de sudorese, náuseas e vômitos, podendo ter queimação epigástrica, perda de consciência com história anterior de IAM, angina, embolia pulmonar, aneurisma ou diabetes.
9. AVC - hemiparesia aguda - grande déficit neurológico com duração menor que 4 horas.
10. Hipertensão grave associada a complicações agudas como doença cerebrovascular, circulatórias ou renais.
11. Crise hipertensiva na gestação.
12. Trauma Crânio Encefálico.

Fonte: Adaptado de Coren/PE (2019).

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

RISCO MODERADO

1. Disúria forte.
2. Dor abdominal aguda.
3. Crise de asma leve/moderado.
4. Doença causada por vírus.
5. Cefaléias sem sinais descritos na classificação vermelha, porém com intensidade moderada a intensa, podendo ter alteração de nível de consciência, dor muito forte, alteração de visão, tonturas e vertigens.
6. Dor torácica - que não se encaixa nos descritos como vermelhos.
7. Dor de ouvido com história de TCE, hematoma auricular, otorragia leve, vertigens e perda aguda de audição.
8. Hipertensão arterial sistêmica com dor torácica que piora ao tossir ou respirar, vômitos persistentes.

Fonte: Adaptado de Coren/PE (2019).

RISCO BAIXO

1. Cefaléia - com dor leve, história de febre.
2. Crise epiléptica, epilepsia - história de crise, apresentando febre ou cefaleia leve.
3. Diabetes descompensada - com outros sinais agudo no momento do atendimento e que não se encaixam no amarelo ou vermelho.
4. Diarreia e Vômito - com dor ou outro problema agudo.
5. Dispneia.
6. Asma - crise leve.
7. Disúria leve ou outro problema associado no momento.
8. Dor Torácica - dor leve sem sinais associados.
9. Hipertensão Arterial Sistêmica - vômito ou outro sintoma associado.

Fonte: Adaptado de Coren/PE (2019).

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	
DOMÍNIO 1: CONSULTA DE ENFERMAGEM	
Histórico de Enfermagem e Anamnese:	
1. Dados Sociodemográficos	
Nome:	Idade: Data:
Gênero:	Ocupação:
Escolaridade:	
2. Queixa Principal:	
3. Comorbidades:	
4. Indicadores de Saúde	
Pressão Arterial Direita:	Pressão Arterial Esquerda:
5. Fatores de Risco	
Fuma: <input type="checkbox"/> Sim ¹ n°_cigarros/dia <input type="checkbox"/> Não	Internação recente: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim CAUSA:
Ingeri bebida alcoólica: <input type="checkbox"/> Sim ¹ n°_doses/dia <input type="checkbox"/> Não	Vulnerabilidades: Social <input type="checkbox"/> Financeira <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> outras: <input type="checkbox"/> _____
Obesidade: <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não	Autocuidado: Suficiente <input type="checkbox"/> Insuficiente <input type="checkbox"/>
Triglicerídeos: <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não	Disposição Mudança de comportamento: Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/>
Colesterol alto: <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não	Hábitos de vida:
Sedentarismo: <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não	Alimentação: Adequada <input type="checkbox"/> Inadequado <input type="checkbox"/>
Total:	Higiene: Adequada <input type="checkbox"/> Inadequado <input type="checkbox"/>
	Repouso: Normal <input type="checkbox"/> Prejudicado <input type="checkbox"/>
	Atividade física: Ativo <input type="checkbox"/> Inativo <input type="checkbox"/>
	Sono: Normal <input type="checkbox"/> Prejudicado <input type="checkbox"/>
	Sentimentos apresentados: Medo <input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> Alegria <input type="checkbox"/> Raiva <input type="checkbox"/>
6. Indicadores Psicossociais:	
Estresse: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Depressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Baixa autoestima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Apoio Familiar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
OBS: Indicar a pessoa com quem pode contar:	
Cuidador: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	OBS: Nome:
7. Indicadores Espirituais:	
Religião: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Necessidade de atividades religiosas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Necessidade de um líder espiritual <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
8. Indicadores de Segurança, Amor e Aceitação, Espaço e Atenção:	
Sentimentos e comportamentos:	
<input type="checkbox"/> Calmo	<input type="checkbox"/> Angústia
<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Agressividade
<input type="checkbox"/> Medo/Fuga	<input type="checkbox"/> Melancolia
<input type="checkbox"/> Preocupação	<input type="checkbox"/> Insegurança
<input type="checkbox"/> Negativismo	<input type="checkbox"/> Rejeição
<input type="checkbox"/> Solidão	<input type="checkbox"/> Situação de violência
Visita de familiares: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Necessidade de atenção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Prefere ficar sozinho: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM			
9. Indicadores de Liberdade e Participação, Comunicação, Criatividade, Aprendizagem (educação em saúde):			
<input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Gagueira <input type="checkbox"/> Empatia <input type="checkbox"/> Habilidade para ler e escrever <input type="checkbox"/> Uso da linguagem não verbal <input type="checkbox"/> Uso da linguagem verbal <input type="checkbox"/> Habilidades manuais <input type="checkbox"/> Dúvidas sobre autocuidado Conhecimento sobre sua doença: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
10. Indicadores de Sociabilidade, Recreação e Lazer:			
Ocupação do tempo livre: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Especificar: Participação em grupos de idosos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Isolamento social Participação em atividades de lazer: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Especificar:			
11. MEDICAMENTOS:			
Medicamentos em uso			
Nome	Classe	Dosagem	Frequência
12. Sinais de Crise Hipertensiva			
Cefaleia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Alteração Visual: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Déficit Neurológico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Déficit vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dispneia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tonturas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dor Torácica: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Outros:			
13. Ocorrências de Complicações			
Interações: AVC: IAM: Outras:			

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	
EXAME FÍSICO	
Avaliação neurológica:	
Nível de consciência:	<input type="checkbox"/> Orientado no tempo e no espaço <input type="checkbox"/> Desorientação
Declínio cognitivo:	<input type="checkbox"/> Demência. Especificar:
Coordenação dos movimentos:	
MMSS:	<input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Paresia <input type="checkbox"/> Parestesia
MMII:	<input type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Paresia <input type="checkbox"/> Parestesia
Força motora:	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> diminuída <input type="checkbox"/> Dormência.
Especificar:	<input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Vertigem <input type="checkbox"/> Tremores de extremidades
Visão:	
OD:	<input type="checkbox"/> Presente Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>
OE:	<input type="checkbox"/> Presente Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>
Exame da cavidade oral: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prejudicado	
Antropometria: Peso: Altura: IMC:	
Circunferência do Pescoço:	Circunferência da cintura:
Circunferência do quadril:	Relação cintura-quadril
Circunferência da Panturrilha:	
Estado nutricional, conforme o IMC: <input type="checkbox"/> Desnutrido <input type="checkbox"/> Estrófico <input type="checkbox"/> Sobrepeso <input type="checkbox"/> Obesidade	
Avaliação Cardiovascular:	
Frequência Respiratória:	Ausculta Pulmonar:
Frequência Cardíaca:	Ausculta Cardíaca:
Pressão de PÉ:	
Pressão Sentado:	
Pressão Deitado:	
Pulsos: Femoral: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	Poplíteo: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
Tibial: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	Pedioso: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
EDEMA:	
Membro Inferior Direito:	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente OBS:
Membro Inferior Esquerdo:	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente OBS:
Avaliação da pele: Integridade: turgor: coloração:	
manchas:	
Gastrointestinal:	
Geniturinário:	
Membros superiores:	
Membros inferiores:	
Exames laboratoriais:	
Colesterol:	
Triglicerídeos:	
Ureia:	
Creatinina:	
ECG:	
Exames de imagens:	
Risco FRAMINGHAM:	
Classificação:	Baixo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto: <input type="checkbox"/>
Valor:	

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM				
Problema (s)/ Identificado (s)	Diagnóstico de Enfermagem	Resultado (s) Esperado(s)	Intervenção (s)	Avaliação
			1. 2. 3.	<input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piora <input type="checkbox"/> Melhora <input type="checkbox"/> Resolvido
			1. 2. 3.	<input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piora <input type="checkbox"/> Melhora <input type="checkbox"/> Resolvido
			1. 2. 3.	<input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piora <input type="checkbox"/> Melhora <input type="checkbox"/> Resolvido
			1. 2. 3.	<input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piora <input type="checkbox"/> Melhora <input type="checkbox"/> Resolvido
			1. 2. 3.	<input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piora <input type="checkbox"/> Melhora <input type="checkbox"/> Resolvido

Evolução:

Data de Atendimento: ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Profissional com o número do registro do COREN

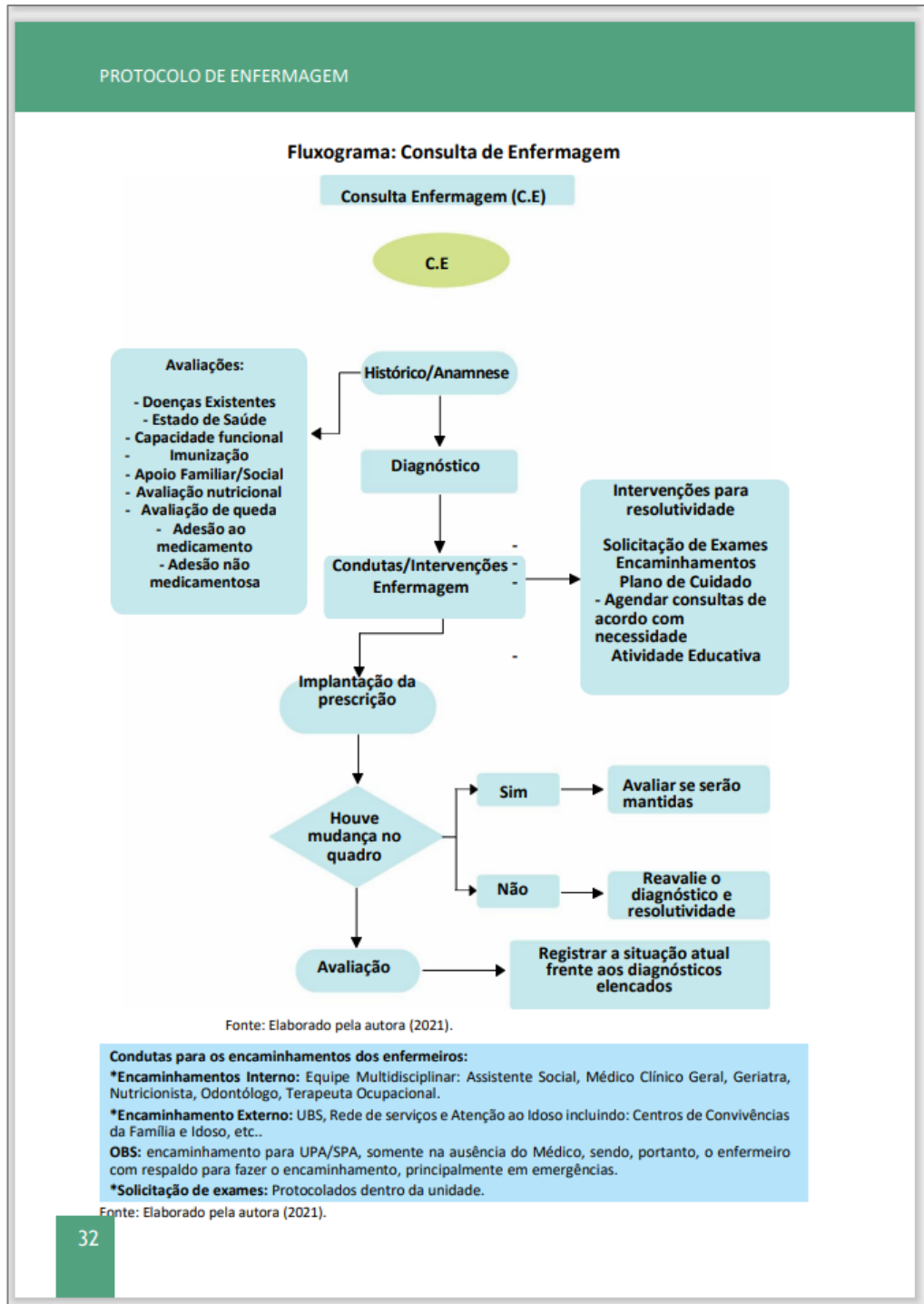
Fonte: Elaborado pela autora (2021).

*Lista de Diagnósticos e Intervenções sugeridos em ANEXO de acordo com a CIPE

O fluxograma a seguir apresenta uma proposta sistemática da consulta de enfermagem para que os enfermeiros possam atender a pessoa idosa com hipertensão dentro dos CAIMI's.

31

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)



APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

DOMÍNIO 2: CONSULTA DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA IVCF-20: Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20³

Cabe ressaltar a importância da avaliação multidimensional à pessoa idosa com hipertensão. Para tanto, pode-se considerar uma avaliação rápida e de grande valia para a continuidade da assistência a esse público.

Dentro destes aspectos multidimensionais devem ser avaliados: Dimensão (clínica, psicossocial e funcional) que permita a compreensão ampliada e integral do estado de saúde (BRASIL, 2021).

- Dimensão clínica: anamnese ampliada e centrada no idoso, buscando identificar a presença de agravos (quedas, hematomas, fraturas etc.), doenças crônicas e agudas e medicamentos utilizados.
- Dimensão psicossocial: avaliar aspectos relacionados à cognição, à memória, ao humor, aos comportamentos, bem como à dinâmica familiar
- Dimensão funcional: avaliar o grau de dificuldade e a necessidade de auxílio de outras pessoas para a realização das atividades da vida diária.

Para subsidiar a clínica indica-se como forma complementar um instrumento construído pelos autores da pesquisa além da adoção de um instrumento já validado no Brasil indicado pelo PROADI-SUS, Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20) MORAES et al., 2019).

O IVCF-20 é um questionário que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso, sendo constituído por 20 questões distribuídas em oito seções: idade (1 questão), auto-percepção da saúde (1 questão), incapacidades funcionais (4 questões), cognição (3 questões), humor (2 questões), mobilidade (6 questões), comunicação (2 questões) e comorbidades múltiplas (1 questão). Cada seção tem pontuação específica que perfazem um valor máximo de 40 pontos. Quanto mais alto o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso. Considerado como instrumento de triagem de fragilidade a ser utilizado por profissionais de saúde no Brasil (MORAES et al., 2016).

³Moraes et al., 2019. Saúde da pessoa idosa - Guia de orientação para as secretarias estaduais e municipais de saúde.

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	
CONSULTA DE ENFERMAGEM AO IDOSO	
NOME:	
TELEFONE PESSOAL:	
CUIDADOR FORMAL E OU INFORMAL: () NÃO () SIM/ NOME: TELEFONE :	
ACOMPANHANTE: NÃO () SIM () NOME: TELEFONE :	
DOENÇAS CONFIRMADAS? OU AUTORREFERIDAS? DM () HAS () DRC () NEOPLASIAS () CARDIOPÁTIAS () DOENÇAS RESPIRATORIAS () ALZHEIMER () DEMÊNCIAS () OUTRAS () Especificar:	
ÚLTIMA INTERNAÇÃO: MOTIVO:	
HÁBITOS DE VIDA	
Alimentação:	<input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Inadequado
Higiene:	<input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Inadequado
Repouso:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prejudicado
Atividade física:	<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Inativo
Sono:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prejudicado
Sentimentos apresentados:	<input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> Raiva <input type="checkbox"/> Alegria
Indicadores Psicossociais:	
Estresse:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Depressão:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Baixa autoestima:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Apoio Familiar:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
OBS: Indicar a pessoa com quem pode contar:	
Cuidador:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não OBS: Nome:
Indicadores Espirituais:	
Religião:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Necessidade de atividades religiosas:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Necessidade de um líder espiritual:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Indicadores de Segurança, Amor e Aceitação, Espaço e Atenção:	
Sentimentos e comportamentos:	<input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Angústia <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Agressividade <input type="checkbox"/> Medo/Fuga <input type="checkbox"/> Melancolia <input type="checkbox"/> Preocupação <input type="checkbox"/> Insegurança <input type="checkbox"/> Negativismo <input type="checkbox"/> Rejeição <input type="checkbox"/> Solidão <input type="checkbox"/> Situação de violência
Visita de familiares:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Necessidade de atenção:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Prefere ficar sozinho:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Indicadores de Liberdade e Participação, Comunicação, Criatividade, Aprendizagem (educação em saúde):	
<input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Gagueira <input type="checkbox"/> Empatia	
<input type="checkbox"/> Habilidade para ler e escrever	<input type="checkbox"/> Uso da linguagem não verbal
<input type="checkbox"/> Uso da linguagem verbal	<input type="checkbox"/> Habilidades manuais
<input type="checkbox"/> Dúvidas sobre autocuidado	Conhecimento sobre sua doença: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Indicadores de Sociabilidade, Recreação e Lazer:	
Ocupação do tempo livre:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Especificar:
Participação em grupos de idosos:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Isolamento social Participação em
Atividades de lazer:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Especificar:

Fonte: Elaborado pela autora (2021). Adaptado de Moraes, et al. (2019).

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM			
INSTRUMENTO PARA ESTRATIFICAR RISCO DE FRAGILIDADE NO IDOSO			
ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20 (Instrumento podendo ser aplicado por todos os profissionais capacitados dentro da rede de atenção ao idoso)			
Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.		Pontuação	
IDADE	1. Qual é a sua idade?	() 60 a 74 anos ⁰	
		() 75 a 84 anos ¹	
		() ≥ 85 anos ²	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	() Excelente, muito boa ou boa ⁰	
		() Regular ou ruim ¹	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? () Sim ⁴ () Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	
	Respostas positivas valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima da item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.	4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? () Sim ⁴ () Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	
	5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? () Sim ⁴ () Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pts	
AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? () Sim ⁰ () Não		
COGNIÇÃO	7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? () Sim ¹ () Não		
	8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? () Sim ¹ () Não		
	9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ¹ () Não		
HUMOR	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? () Sim ¹ () Não		
	11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? () Sim ¹ () Não		
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? () Sim ¹ () Não	
	13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? () Sim ¹ () Não		
	Capacidade aeróbica e/ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês (); Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² (); Circunferência da panturrilha a < 31 cm (); Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos (). () Sim ² () Não	Máximo 2 pts
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não	
Continência esfincteriana	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? () Sim ² () Não		
	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? () Sim ² () Não		

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM												
COMUNICAÇÃO	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. () Sim ² () Não										
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. () Sim ² () Não										
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> • Cinco ou mais doenças crônicas (); • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia (); • Internação recente, nos últimos 6 meses (). () Sim ⁴ () Não										Máximo 4 pts
	Polifarmácia											
	Internação recente (<6 meses)											
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)												
ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICA FUNCIONAL- 20 (IVCF-20)												
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40												
PONTUAÇÃO		CLASSIFICAÇÃO										
		BAIXA () Vulnerabilidade Clínico-Funcional (0 a 6 pontos)					MODERADA () Vulnerabilidade Clínico-Funcional (7 a 14 pontos)				ALTA () Vulnerabilidade Clínico-Funcional (15 pontos)	
Auto-Percepção da Saúde	AVD Instrumental	AVD Básico	Cognição	Humor	Mobilidade			Comunicação		Comorbidade Múltipla		
					INIBES	Sarcopenia (Nutrição)	Marcha (Quedas)	Continência	Visão	Audição	Polifarmácia (≥ 5 drogas/dia)	Polipatologia (≥ 5 doenças)

Fonte: Elaborado pela autora (2021). Adaptado de Moraes, et al. (2019).

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM				
Problema (s)/ Identificado (s)	Diagnóstico de Enfermagem	Resultado (s) Esperado(s)	Intervenção (s)	Avaliação
			1. 2. 3.	<input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piora <input type="checkbox"/> Melhora <input type="checkbox"/> Resolvido
			1. 2. 3.	<input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piora <input type="checkbox"/> Melhora <input type="checkbox"/> Resolvido
			1. 2. 3.	<input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piora <input type="checkbox"/> Melhora <input type="checkbox"/> Resolvido
			1. 2. 3.	<input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piora <input type="checkbox"/> Melhora <input type="checkbox"/> Resolvido
			1. 2. 3.	<input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piora <input type="checkbox"/> Melhora <input type="checkbox"/> Resolvido
<p>Evolução:</p> <p>Data de Atendimento: ____/____/____</p> <p style="text-align: right;">_____ Assinatura e Carimbo do Profissional com o número do registro do COREN</p>				

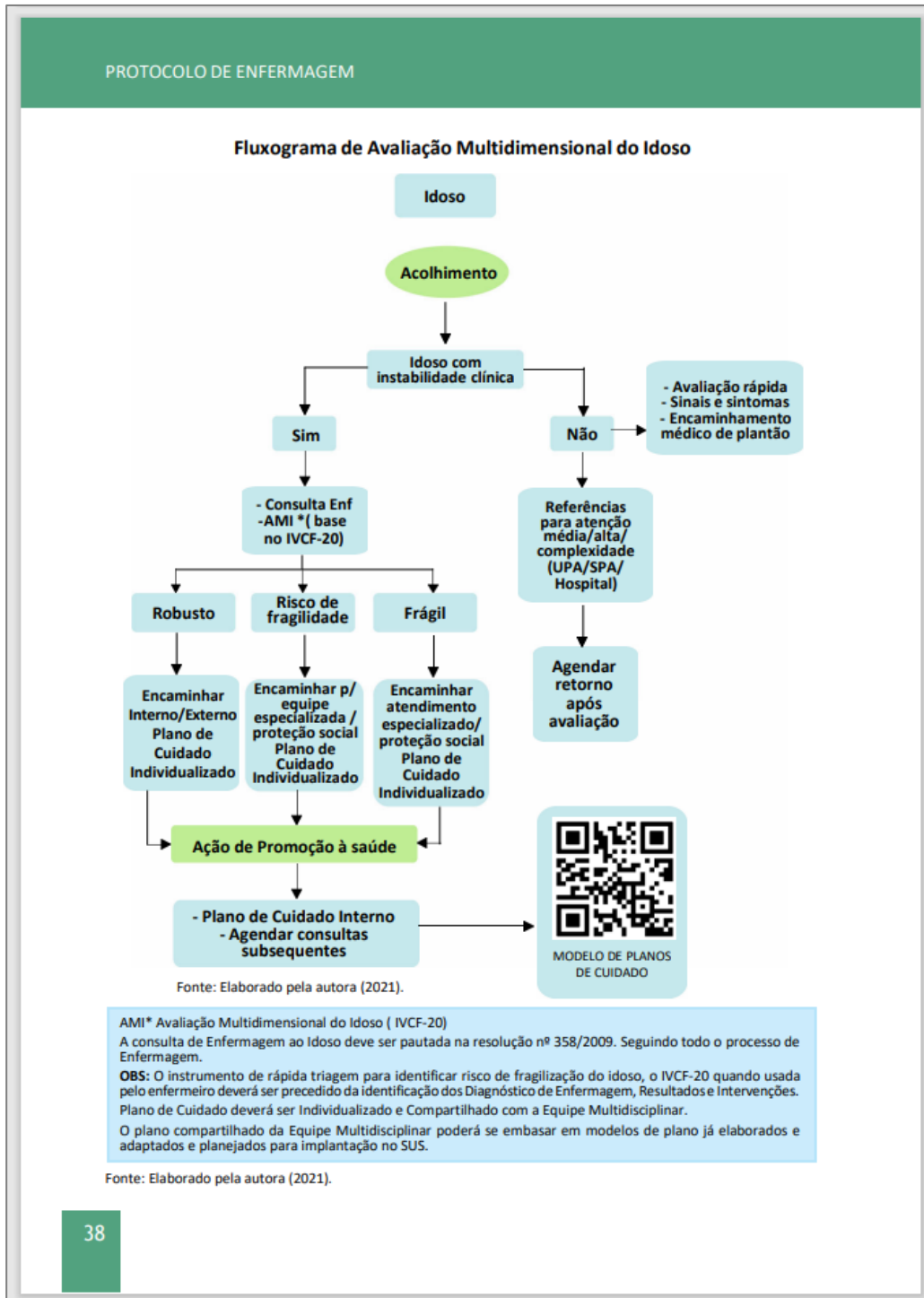
Fonte: Elaborado pela autora (2021).

*Lista de Diagnósticos e Intervenções sugeridos em ANEXO de acordo com a CIPE

O fluxograma a seguir apresenta uma proposta sistemática da consulta de enfermagem ao Idoso através de uma Avaliação Multidimensional com apoio do IVCF-20, para que os enfermeiros possam atender a pessoa idosa dentro dos CAIMI's.

37

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)



APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

DOMÍNIO 3: O TECER DAS REDES SERVIÇOS DE SAÚDE E DE APOIO

Visando um suporte para manter a saúde da pessoa idosa com qualidade, cabe destacar a importância do tecer das redes de apoio. De tal modo que, as medidas destinadas a atenção a pessoa idosa deve envolver: ações para manter uma saúde ótima, promover a qualidade de vida, reduzir a vulnerabilidade, e os riscos à saúde, relacionadas aos seus determinantes e condicionantes, como hábitos de vida, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (CATARINA, 2018).

A seguir disponibilizamos possíveis alternativas para melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa com hipertensão. Sendo possíveis os encaminhamentos para as seguintes demandas:

APOIO FAMILIAR. VERIFICAR SE POSSUI. ORIENTAR E ENCAMINHAR.

Cuidador Formal;
Cuidador Informal;
Suporte Comunitário;
Grupo de Apoiadores.

CENTRO DE SAÚDE. POSSIBILIDADE DE ENCAMINHAMENTOS.

Atenção Básica: UBS, Telessaúde,
Atenção Especializada - Média Complexidade: Pré Hospitalar: SAMU
Policlínicas, CAIMI, Policlínica Gerontológica (FUNATI)
Hospitalar: UPA, SPA,
Atenção Especializada - Alta Complexidade: Hospitais

LAZER/ CONVIVÊNCIA. APOIO E ORIENTAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO. POSSIBILIDADE DE ENCAMINHAMENTOS

Convivência do Idoso
Convivência do Idoso Aparecida
Convivência da Família Madalena Arce Daou
Centro Estadual de Convivência da Família - Padre Pedro Vignola
Fundação Dr. Thomas
Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade - FUNATI

VIOLÊNCIA / PROTEÇÃO. APOIO EM CASOS DE AGRESSÕES/VIOLENCIAS

CIPID: CENTRO INTEGRADO DE ROTEÇÃO E DEFESA DA PESSOA IDOSA
DECCI: DELEGACIA ESPECIALIZADA E CRIME CONTRA IDOSO

POLÍTICAS PÚBLICAS. APOIO E SUPORTE PARA DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA

CEI: Conselho Estadual do Idoso

ASSISTÊNCIA SOCIAL. APOIO PARA BENEFÍCIOS E AUXÍLIOS

SECRETARIA MUNICIPAL DA MULHER, ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA/SEMASC
CRAS: Centro Referência da Assistência Social

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

Este fluxograma apresenta uma proposta sistemática do tecer das redes de serviços de saúde e apoio a pessoa idosa. Durante a consulta de enfermagem é possível encaminhar para a rede e direcionar a pessoa idosa, para que ela possa ser atendida em sua integralidade nos serviços de atenção.

Fluxograma Tecer das Redes



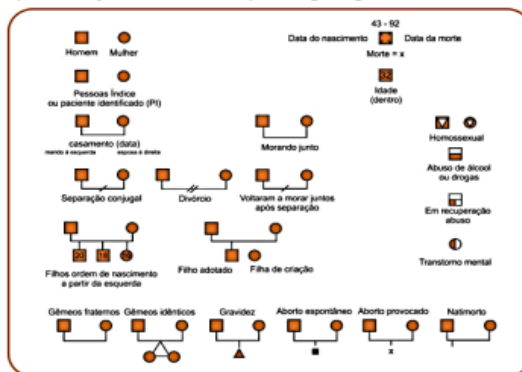
Fonte: Elaborado pela autora (2021).

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

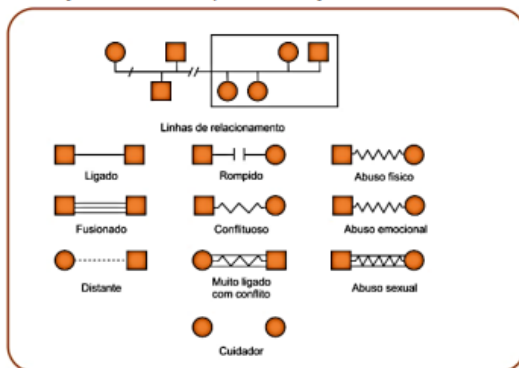
Os instrumentos genograma e o ecomapa são úteis dentro do tecer das redes, para levantar as estruturas internas e externas das famílias (SOUSA et al., 2020). Sendo os mesmos, de fácil aplicabilidade e relativamente simples. O genograma é um diagrama do grupo familiar e o ecomapa um diagrama do contato da família com instituições, serviços e outros indivíduos fora da família (BRASIL, 2013). Sendo ferramentas que possibilitam ao profissional enfermeiro informações complexas que podem ser coletadas e organizadas sistematicamente, facilitando na tomada de decisões da prática clínica, com foco para identificar vulnerabilidade, estruturar o planejamento das ações de saúde, promover a continuidade do cuidado e uma comunicação qualificada com as famílias (NASCIMENTO et al., 2014), (SANTOS et al., 2021).

Representação de símbolos para o genograma.



Fonte : Adaptado de Brasil (2013) e Viegas (2019).

Representação de símbolos para as relações.



Fonte : Adaptado de Brasil (2013) e Viegas (2019).

SAIBA MAIS SOBRE



Genograma e o Ecomapa



SAIBA MAIS SOBRE
Genograma e o Ecomapa

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

DOMÍNIO 4: PROMOÇÃO DO CUIDADO E SAÚDE PARA A PESSOA IDOSA

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO⁴

Um ponto fundamental para manter as medidas de promoção do cuidado e saúde, é incentivar e apoiar estas ações de comportamentos de saúde para melhoria do controle de níveis pressóricos. Tais comportamentos de saúde minimizam resultados desfavoráveis a saúde e reforçam a necessidade de implementação de medidas que promovam a adoção desses comportamentos saudáveis entre hipertensos para reduzir os níveis pressóricos, melhorar o efeito dos anti-hipertensivos e diminuir o risco cardiovascular (FIRMO et al., 2019).

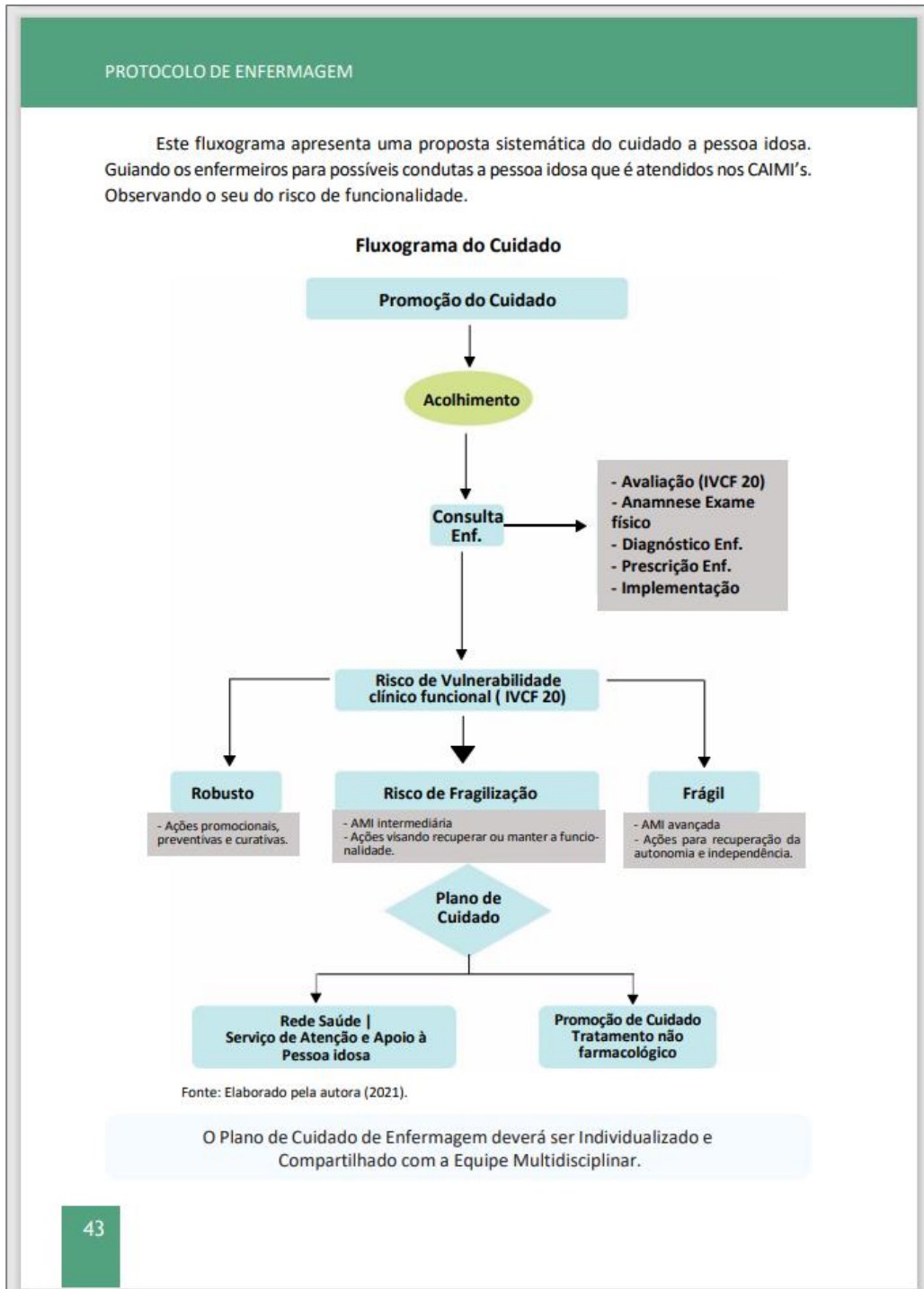
Como forma de fortalecimento do cuidado, há de se manter alinhada a comunicação entre as políticas de promoção do cuidado à saúde da pessoa idosa, visando a promoção de uma saúde de qualidade. Para tanto, a de se lançar mão do tratamento não farmacológico como medida de suporte a estes cuidado a pessoa idosa com Hipertensão (BRASIL, 2021).

Alternativas de tratamento não farmacológico	Alvo	Recomendação	Redução da PAS obtida
Controle do Peso	Peso/gordura corpórea	Alcançar peso ideal. Esperada diminuição de 1mmHg por cada quilo de peso perdido - 2/3 mmHg	- 2/3 mmHg
Dieta saudável	Dieta tipo DASH	Dieta rica em frutas, vegetais, grãos e baixo teor de gordura. Redução de gordura saturada e trans	- 3 mmHg
Redução da ingestão de sódio	Sódio na dieta	Ideal < 2 g ou pelo menos redução de 1,0 g/dia	- 2/3 mmHg
Aumento da ingestão de potássio	Potássio na dieta	3,5 a 5,0 g/dia em dieta rica em potássio	- 2 mmHg
Atividade física	Aeróbia	150 min/semana	5/7 mmHg
	De resistência dinâmica	8 a 10 exercícios para os principais grupos musculares, 1 a 3 séries, 50 a 80% de 1 RM	-4/5 mmHg
	De resistência isométrica	Exercício de handgrip (preensão de mão) unilateral ou 1 perna, 4 séries, 2 min de contração isométrica, 30% da contração voluntária máximo (CVM), 2-3	-4/5 mmHg
Ingestão de álcool	Consumo de álcool	Para quem usa álcool Homens ≤ 2 drinques Mulheres ≤ 1 drinque	-4/5 mmHg
Cessaçao Tabagismo	Fumo	O rigor no combate e no controle, a orientacao continua e o apoio psicoemocional incondicional	OBS: O uso de tabaco eleva a PA cerca de 5 a 10 mmHg, em média.

NF: não farmacológica; PAS: pressão arterial sistólica; RM: repetição máxima; mmHg: milímetros de mercúrio.
Fonte: Elaborado pela autora (2021). Adaptado de Barroso et al., (2020)

⁴BARROSO et al 2020. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020.

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)



APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

OUTRAS CONSIDERAÇÕES PROPOSTA PELAS DIRETRIZES⁵

REVISÃO

Está proposta poderá ainda passar pela etapa de validação do conteúdo. Esper-se que possa passar por atualizações e revisões periódicas (a cada dois anos) ou de acordo com a necessidade.

INDICADOR DE RESULTADOS

Essa variável será medida após a fase de validação e será avaliada a efetividade deste protocolo assistencial. O monitoramento dos indicadores deverá ter atividade planejada e sistemática, para permitir a detecção de falhas e a implementação de melhorias.

VALIDAÇÃO PELOS PROFISSIONAIS

Ocorrerá na fase de validação que será realizada posterior, após a defesa da dissertação do mestrado, com futuros estudos propostos. Nesta fase o protocolo estará disponível aos profissionais de forma estruturada e organizada, para realização de consulta e acompanhamento da pessoa idosa com hipertensão. Serão analisadas as sugestões e contribuições de melhorias para a adequada implantação e implementação do protocolo.

VALIDAÇÃO PELOS USUARIOS

A participação dos usuários é uma parte fundamental do processo que acontecerá na validação deste protocolo, momento no qual será direcionada a assistência direta ao paciente. Nesta fase o protocolo estará disponível aos interessados e usuários de forma estruturada e organizada, para consulta, manifestação e sugestões para a melhor implantação e implementação do protocolo.



SAIBA MAIS SOBRE
PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
PELOS CONSELHOS REGIONAIS

⁵ COFEN, 2018. Diretrizes para elaboração de protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde pelos conselhos regionais.

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

LIMITAÇÕES

Identificado a escassez de estudos de ensaios clínicos pela enfermagem, diretamente associada ao público-alvo, dificultando a tomada de decisões clínicas em relação as intervenções de enfermagem a pessoa idosa com hipertensão. Destaque a Temática é muito incipiente carecendo maior atenção para a área e realidade amazônica.

PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO

A implementação se dará após a validação do protocolo assistencial de enfermagem para a pessoa idosa com hipertensão, atendendo aos moldes da atenção especializada. Serão ministrados treinamentos, cursos, divulgação do protocolo. Cabe ressaltar que a implementação deverá contar com o auxílio direto da tecnologia de informação da Instituição para garantir melhores resultados.

Será disponibilizado para a Secretária do Estado em Saúde um relatório com as informações e será proposto um plano de capacitação para os profissionais enfermeiros por meio de oficinas intercaladas entre as unidades para melhor apresentação e otimização do horário dos profissionais.

ANEXO

ANEXO 1. ESCALA DE FRAMINGHAM (Estratificar o risco cardiovascular)

Fatores de risco	PA normal alta PAS 130-139 ou PAD 85-89	HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HAS Estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Sem fator de risco	Risco Baixo	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥ 3 fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

PA - pressão arterial | PAS - pressão arterial sistólica | PAD - pressão arterial diastólica | HAS - hipertensão arterial sistêmica | LOA - lesão de órgão-alvo | DCV - doença cardiovascular | DRC - doença renal crônica | DM - diabetes melito

Fonte: Brasil, 2021.



SAIBA MAIS SOBRE
ESCALA DE FRAMINGHAM
(Estratificar o risco cardiovascular)

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

Anexo 2. ORIENTAÇÃO PARA AFERIÇÃO CORRETA DA PRESSÃO ARTERIAL

AFERIÇÃO CORRETA DA PRESSÃO ARTERIAL

Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço.
Determinar a circunferência do braço no ponto médio entre o acrômio e o olécrano.
Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital.
Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.
Estimar o nível da PAS pela palpação do pulso radial.*
Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.*
Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação.*
Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).*
Determinar a PAS pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) e, depois, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.*
Determinar a PAD no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).*
Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e, depois proceder, à deflação rápida e completa*.
Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores de PAS/PAD/zero.*

Fonte: Adaptado de Brasil (2021).

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica. *Itens realizados exclusivamente na técnica auscultatória.

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	
ORIENTAÇÕES PARA AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL EM CONSULTÓRIO	
	O paciente deve sentar-se confortavelmente em um ambiente silencioso por 5 minutos, antes de iniciar as medições da PA.
	Explique o procedimento ao indivíduo e oriente a não conversar durante a medição. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou depois do procedimento.
	Certifique-se de que o paciente NÃO: Está com a bexiga cheia;
	NÃO: Praticou exercícios físicos há, pelo menos, 60 minutos;
	NÃO: Ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos;
	NÃO Fumou nos 30 minutos anteriores.
	Três medidas de PA devem ser realizadas, com intervalo de 1 a 2 minutos; e medidas adicionais somente se as duas primeiras leituras diferirem em > 10 mmHg.
	Registre em prontuário a média das duas últimas leituras da PA, sem “arredondamentos” e o braço em que a PA foi medida.
	Medidas adicionais podem ter que ser realizadas em pacientes com valores instáveis da PA devido a arritmias.
	Nos pacientes com FA, os métodos auscultatórios devem ser preferencialmente usados, pois a maioria dos dispositivos automáticos não foi validada para a medida da PA.*
	Use o manguito adequado para a circunferência do braço.
	O manguito deve ser posicionado ao nível do coração.
	A palma da mão deve estar voltada para cima e as roupas não devem garrotear o braço.
	As costas e o antebraço devem estar apoiados; as pernas, descruzadas; e os pés, apoiados no chão.
	Meça a PA nos dois braços na primeira visita, de preferência simultaneamente, para detectar possíveis diferenças entre os braços. Use o braço com o maior valor como referência.
	Para pesquisar hipotensão ortostática, meça inicialmente a PA (de preferência, em posição supina, após o paciente estar nesta posição em repouso por 5 minutos;
	na impossibilidade de o indivíduo ficar na posição supina, pode-se de forma alternativa, embora não ideal, realizar a medida com o paciente sentado), e depois medir a PA 1 minuto e 3 minutos após a pessoa ficar em pé. As medições da PA em repouso e em pé devem ser realizadas em todos os pacientes na primeira consulta e também consideradas em visitas subsequentes em idosos, diabéticos, disautônomicos e pessoas em uso de antihipertensivo.
	Registre a frequência cardíaca. Para excluir arritmia, use palpação do pulso.
	Informe o valor de PA obtido para o paciente
Fonte: Adaptado de Brasil (2021).	

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

ORIENTAÇÃO PARA AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL POR MEIO DO MRPA OU MAPA

A pesquisa de HA do avental branco é mais comum, particularmente nas seguintes situações:

- HA estágio 1 no consultório
- Elevação acentuada da PA no consultório, com ausência de LOA

A pesquisa de HA mascarada é mais comum, particularmente nas seguintes situações:

- Pré-hipertensão no consultório.
- PA normal no consultório em pacientes com LOA ou com alto risco CV.
- Confirmação do diagnóstico de HA resistente.

Avaliação do controle da HA, especialmente em pacientes de alto risco CV

- Indivíduos com resposta exacerbada da PA ao exercício
- Presença de grande variabilidade da PA no consultório
- Avaliação de sintomas sugestivos de hipotensão durante o tratamento

Indicações específicas para MAPA:

- Avaliação da PA durante o sono e/o descenso vigília/sono (p. ex., suspeita de HA noturna, apneia obstrutiva do sono, doença renal crônica, diabetes, HA endócrina ou disfunção autonômica)

Orientação para a MRPA: É necessário a obtenção de três medições pela manhã, antes do desjejum e da tomada da medicação, e três à noite, antes do jantar, durante cinco dias, ou duas medições em cada um desses momentos (manhã e noite), por sete dias.

Fonte: Adaptado de Brasil (2021).

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

INDICAÇÕES DAS MEDIDAS DA PRESSÃO ARTERIAL

Em face da maior variabilidade pressórica e de algumas peculiaridades, a medida da PA pode resultar em valores inexatos.

Os principais fatores que interferem na medida da PA em idosos são:

1. hiato auscultatório

2. pseudo-hipertensão

3. variações posturais e pós-prandiais

Fonte: Adaptado de Barroso, et al. (2020).

A monitorização da PA fora do consultório, ambulatorial (MAPA) ou residencial (MRPA), é cada vez mais valorizada e indicada no diagnóstico da HAS no idoso.

A MAPA e a MRPA não devem ser confundidas com a automecida da PA (AMPA), realizada com equipamento automático do próprio paciente, que não obedece a nenhum protocolo preestabelecido. As medidas são realizadas aleatoriamente e feitas por decisão do próprio paciente ou até a pedido médico.

Medida da Pressão Arterial Fora do Consultório pode ser obtida através da MAPA ou da MRPA, respeitando-se suas indicações e limitações.

INDICAÇÃO DOS MANGUITOS PARA ADULTOS

Dimensões do manguito de acordo com a circunferência do membro conforme indicação da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2021)			
Circunferência Comprimento da bolsa	Denominação do manguito	Largura do manguito	Comprimento da bolsa
22-26 cm	Adulto pequeno	10 cm	24 cm
27-34 cm	Adulto	13 cm	30 cm
35-44 cm	Adulto grande	16 cm	38 cm

Fonte: Adaptado de Brasil (2021).

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	
LISTA DOS DIAGNÓSTICOS SUGERIDOS	
Diagnósticos e intervenções de enfermagem para o cuidado da pessoa idosa, segundo a CIPE para os componentes biológicos/fisiológicos (CUBAS e GARCIA, 2021)	
DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES
<p>Padrão Respiratório Adequado</p> <p>Padrão Respiratório Prejudicado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar o hipertenso para consulta médica. - Ensinar técnica de respiração lenta (10 respirações/min por 15 minutos, uma vez ao dia). - Incentivar o hipertenso a parar de fumar. - Orientar sobre complicações do uso do tabaco. - Realizar exame do aparelho respiratório do hipertenso. - Verificar e registrar os sinais vitais do hipertenso.
Padrão respiratório ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> - Auscultar sons pulmonares. - Avaliar as condições respiratórias. Ensinar a tossir de forma eficiente. - Manter vias aéreas limpas. - Orientar repouso com cabeceira da cama elevada. - Orientar quanto a importância de ambiente arejado e ventilado, assim como o controle de poeira e sujidade do ambiente.
Desidratação	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar o grau e a causa da desidratação. - Discutir o conhecimento do idoso sobre sua necessidade de ingerir líquidos. - Orientar ingestão de líquido, especialmente água, várias vezes ao dia. - Orientar soro de reidratação oral em pequenas quantidades, várias vezes ao dia, conforme aceitação. - Orientar a administração da terapia de reidratação oral. Programar monitoramento domiciliar.
<p>Adesão ao regime dietético</p> <p>Capacidade para preparar alimentos saudáveis</p> <p>Capacidade prejudicada para preparar alimentos saudáveis</p> <p>Emagrecimento saudável</p> <p>Emagrecimento</p> <p>Excesso de peso</p> <p>Hiperglicemia</p> <p>Hipoglicemia</p> <p>Ingestão de alimentos deficitária</p> <p>Ingestão de alimentos excessiva</p> <p>Falta de adesão ao regime dietético</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhar dados do hipertenso: peso, altura, PA, Circunferência abdominal em todas as consultas. - Adequar os alimentos ricos em proteínas e/ou minerais de acordo com a condição financeira do hipertenso. - Agendar retorno do hipertenso, conforme risco DCV. - Se paciente diabético (seguir também protocolo de diabetes). - Calcular e registrar o IMC do Hipertenso. - Desencorajar a ingestão de alimentos ricos em gorduras, doces, refrigerantes e guloseimas. - Elogiar o hipertenso no cumprimento do regime dietético. - Encaminhar hipertenso para avaliação de saúde bucal, se necessário. - Encaminhar hipertenso para avaliação médica, se necessário. - Encorajar hipertenso a adoção do regime dietético. - Encorajar o hipertenso a manutenção do peso.

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	
Diagnósticos e intervenções de enfermagem para o cuidado da pessoa idosa, segundo a CIPE para os componentes biológicos/fisiológicos (CUBAS e GARCIA, 2021)	
DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES
Obesidade Peso corporal adequado Peso corporal diminuído Risco de ingestão de alimentos excessiva Risco de ingestão nutricional elevado Sobrepeso	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar o hipertenso e sua família sobre alimentação saudável. - Incentivar a participação das atividades de grupo da unidade. - Medir e registrar circunferência abdominal. - Monitorar o regime dietético do hipertenso. - Orientar a higiene das mãos antes de manusear alimentos. - Orientar a não usar temperos prontos na preparação de alimentos. - Orientar a redução do sódio na preparação de alimentos. - Orientar a retirada da gordura aparente de carnes antes de cozinhá-las. - Orientar o hipertenso aos benefícios do MEV. - Orientar o hipertenso quanto a prática de exercícios.
Disúria Eliminação urinária adequada Eliminação urinária prejudicada Incontinência urinária Retenção urinária Risco de incontinência urinária de urgência Constipação Diarreia Incontinência intestinal Risco de constipação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar se há desidratação. - Discutir a importância do controle miccional. - Discutir sobre os sinais e sintomas da infecção urinária. - Estimular a ingestão de líquidos durante o dia, quando não contraindicado. - Incentivar a micção frequente a cada 2 a 3 horas, esvaziando a bexiga por completo. - Orientar quanto aos exercícios de musculatura pélvica e treinamento vesical para suprir a instabilidade e aumentar a capacidade vesical por meio de técnicas de fortalecimento. - Ensinar o idoso a massagear seu abdome uma vez ao dia para ajudar no peristaltismo intestinal. - Identificar fatores que possam contribuir para constipação. Incentivar deambulação e caminhadas. - Orientar seleção de dieta rica em fibras. - Orientar dieta sem alimentos formadores de gases. - Solicitar exames laboratoriais para avaliação (ureia, creatinina, colesterol total, ácido úrico, glicemia, conforme protocolo do MS).
Memória prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar as causas e o grau de limitação do déficit de memória. - Aplicar o miniexame do estado mental durante as consultas de enfermagem. - Utilizar técnica de feedback para estimular a memorização das orientações fornecidas ao idoso. - Ensinar ao idoso técnica de treinamento de memória. - Encaminhar o idoso para avaliação psicológica/cognitiva, se necessário.

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	
Diagnósticos e intervenções de enfermagem para o cuidado da pessoa idosa, segundo a CIPE para os componentes biológicos/fisiológicos (CUBAS e GARCIA, 2021)	
DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES
Capacidade para vestir-se e despir-se prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar necessidade de recursos de adaptação para vestir-se e despir-se. - Encorajar a independência do idoso para vestir-se e despir-se, respeitando suas limitações. - Orientar familiares e cuidadores sobre vestimentas fáceis de vestir (preferir roupas largas e com botões). - Realizar treino de vestuário com o idoso.
Sono adequado Sono prejudicado	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar o paciente sobre ambiente livre de ruídos. - Orientar a realizar a Higiene do Sono. - Reforçar a importância de descanso satisfatório para recuperação da saúde. - Ensinar ao hipertenso técnicas de relaxamento. - Informar o hipertenso sobre serviços de terapia comunitária, se houver. - Investigar causas de interferências do sono. - Avaliar o padrão de sono do idoso para identificar problemas fisiológicos ou emocionais subjacentes. - Orientar a redução das distrações ambientais no período noturno. - Recomenda a diminuição de estímulos recebidos, e a evitar alimentos e bebidas contendo cafeína durante a noite. Recomendar a família sobre a importância de seguir uma rotina simples de horário para dormir e descansar.
Adesão ao regime de exercícios Falta de capacidade para gerir regime de exercícios Falta de adesão aos exercícios Atividade Física Prejudicada Risco de trauma (queda) Trauma (queda)	<ul style="list-style-type: none"> - Aferir a Pressão arterial antes e após os exercícios para monitoramento, sempre que necessário. - Elogiar a execução do exercício físico. - Estimular o hipertenso a participação de exercícios coletivos. - Incentivar atividade física. - Incentivar interação social. - Incentivar participar de grupos de 3ª idade. - Incentivar passeios e caminhadas. - Explicar sobre os efeitos dos Exercícios físicos na hipertensão. - Incentivar a prática de exercícios regulares sob orientação. - Orientar a respeitar seus limites. - Orientar tomar água antes, durante e depois da atividade física. - Orientar uso de calçado leve e confortável para caminhadas. - Orientar uso de roupa confortável e leve. - Orientar procurar caminhar em locais seguros e apropriados. - Incluir o hipertenso em programas de reabilitação, se necessário. - Orientar o hipertenso e familiares sobre a adaptações do ambiente domiciliar; - Orientar o paciente sobre riscos de traumas.

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	
Diagnósticos e intervenções de enfermagem para o cuidado da pessoa idosa, segundo a CIPE para os componentes biológicos/fisiológicos (CUBAS e GARCIA, 2021)	
DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES
Fadiga Intolerância à atividade	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar a identificar as prioridades e eliminar as atividades não essenciais. - Encorajar o andar em intervalos regulares. - Estimular a atividade física regular. - Explicar ao idoso e cuidador as causas da fadiga. - Orientar caminhar em locais seguros e apropriados. - Promover discussão sobre os determinantes da ausência da realização de atividades físicas. - Orientar e estimular uso de calçado leve e confortável para caminhadas e passeios. - Orientar e estimular uso roupa leve e confortável
Andar prejudicado Capacidade de executar atividades pessoais prejudicada Capacidade de transferir-se prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> - Ajudar e orientar o idoso e a família a modificar o ambiente e ampliar a quantidade de atividades que possam ser desempenhadas independentemente. - Avaliar resposta a deambulação. - Capacitar o idoso e cuidador ao uso de tecnologias assistidas para o sanitário. - Determinar a força muscular e resistência do idoso ao se transferir. - Discutir sobre a importância da adaptação do ambiente de modo a oferecer segurança. - Elogiar a aprendizagem de capacidade para se alimentar. - Encorajar a deambulação frequente com auxílio, se instável. Encorajar a deambulação dentro de limites seguros. - Informar sobre recursos auxiliares para deambulação.
Controle de sintomas da hipertensão arterial efetivo Controle de sintomas da hipertensão arterial ineficaz Edema periférico Edema periférico melhorado Frequência cardíaca alterada Frequência cardíaca diminuída Hipertensão arterial Hipotensão Risco de edema periférico Risco de hemorragia	<ul style="list-style-type: none"> - Agendar retorno do hipertenso de acordo com RCV, ou de acordo com a necessidade. - Anotar sinais vitais em caderneta, cartão e prontuário do hipertenso. - Avaliar a necessidade de uso de medicação de urgência. - Cadastrar o hipertenso no programa HIPERDIA, na primeira consulta, caso ainda não tenha registro. - Elogiar o hipertenso sobre os valores normais da pressão. - Encaminhar o hipertenso para consulta médica para reavaliar medicação, se necessário. - Encaminhar o hipertenso para serviço de referência de urgência, se necessário. - Orientar quanto a alteração da pressão arterial. - Orientar o hipertenso quanto a posologia da medicação. - Orientar quanto uso dos medicamentos prescritos. - Avaliar as medicações que hipertenso está fazendo uso e orientar-lo, caso tenha dúvidas. - Orientar o hipertenso quanto a indicação de dieta hipossódica.

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	
Diagnósticos e intervenções de enfermagem para o cuidado da pessoa idosa, segundo a CIPE para os componentes biológicos/fisiológicos (CUBAS e GARCIA, 2021)	
DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES
	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar o hipertenso sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso. - Orientar sobre a Mudança do Estilo de Vida (MEV). - Avaliar sinais e sintomas de crise hipertensiva e orientar o paciente para atentar a possíveis alterações.
Edema postural de MMII	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a ingestão hídrica. - Esclarecer dúvidas do paciente/família. - Orientar evitar alimentos salgados. - Investigar o edema e outras patologias de base familiar e /ou pessoal. - Orientar movimentos de elevação de membros inferiores, a pacientes que não tenham contraindicações. - Orientar quanto à alimentação saudável. - Orientar retorno para controle de níveis pressóricos. - Orientar repouso sempre que possível. - Orientar retorno no dia e horário agendados. - Orientar retornar para Unidade caso piora do edema.
<p>Controle de dor Efetivo</p> <p>Controle de dor ineficaz</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Agendar retorno do hipertenso conforme DCV. - Identificar as características da dor progressa e atual, se existir. - Identificar local da dor. - Recomendar o hipertenso a procurar uma Unidade de Média ou alta complexidade em caso de dor moderada ou intensa. - Avaliar a dor com escala numérica, ou com uso de outras escalas complementares. - Avaliar a eficácia das medidas de controle da dor por meio de um levantamento constante da experiência. - Avaliar resposta psicossocial ao ensino sobre o tratamento da dor. - Avaliar o conhecimento sobre as respostas ao controle e tratamento da dor. - Avaliar os estímulos ambientais que influenciam a dor. - Considerar as influências culturais sobre a resposta a dor e controlá-las (temperatura ambiente, iluminação, ruído). Avaliar as características da dor, incluindo início, duração, frequência, qualidade, intensidade e fatores precipitantes. Encaminhar para atendimento médico especializado. - Investigar o impacto da dor sobre a capacidade de realizar atividades da vida diária. - Monitorar os sinais de dor. - Observar sinais não verbais de dor.

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	
Diagnósticos e intervenções de enfermagem para o cuidado da pessoa idosa, segundo a CIPE para os componentes biológicos/fisiológicos (CUBAS e GARCIA, 2021)	
DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES
<p>Adesão ao regime terapêutico</p> <p>Adesão ao regime medicamentoso</p> <p>Falta de adesão ao regime terapêutico</p> <p>Falta de adesão ao regime medicamentoso</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elogiar o hipertenso quanto a adesão ao regime medicamentoso. - Encorajar a adesão ao regime terapêutico. - Encorajar a adesão ao regime medicamentoso. - Facilitar acesso ao tratamento. - Informar ao hipertenso sobre os serviços oferecidos na unidade. - Informar quais medicamentos hipertensivos são oferecidos na unidade. - Orientar o hipertenso a voltar a unidade em caso de efeito adverso do medicamento. - Orientar o hipertenso sobre a periodicidade do acompanhamento. - Orientar o hipertenso e família sobre o acondicionamento dos medicamentos. - Orientar hipertenso e família sobre o regime terapêutico. - Orientar hipertenso e família sobre uso e horários do medicamento. - Solicitar exames laboratoriais para avaliação, conforme protocolo.
<p>Capacidade para gerir o regime terapêutico prejudicada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilizar informações de forma lúdica, conforme necessário a compreensão pelo idoso e ou cuidador. - Ensinar ao cuidador o regime terapêutico. - Mostra-se disposto a ajudar sempre que houver dúvida acerca do regime terapêutico. - Programar monitoramento e acompanhamento. - Proporcionar reforço positivo para seus esforços. - Reforçar para a família e ou cuidador a importância da manutenção do tratamento.

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	
Diagnósticos e intervenções de enfermagem para o cuidado da pessoa idosa, segundo a CIPE para os componentes psicológicos (CUBAS e GARCIA, 2021)	
DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES
<p>Ansiedade (especificar o grau)</p> <p>Depressão (especificar o grau)</p> <p>Risco para Depressão</p> <p>Ansiedade decorrente do estado de saúde Atual</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acolher o usuário conforme suas necessidades. - Buscar compreender os motivos que elevaram a ansiedade e expectativa apresentada. - Encorajar a verbalização, sentimentos, percepções e medos. - Esclarecer o usuário quanto aos achados em exames. - Esclarecer sobre o tratamento a ser realizado. - Estabelecer relação de confiança com a paciente. - Estimular a confiança no atendimento prestado. - Orientar quanto terapêutica medicamentosa. - Tranquilizar o usuário durante a realização dos procedimentos. - Usar abordagem calma e segura. - Avaliar e recomendar as MEV. - Encaminhar o hipertenso aos serviços de referência. - Encorajar as ações de autocuidado. - Encorajar o hipertenso a comunicação. - Orientar a família sobre os cuidados, acompanhamento do hipertenso. - Orientar o hipertenso a participação de atividades em grupo. - Orientar o hipertenso a identificação do agente estressor. - Orientar o hipertenso sobre as Atividades de lazer disponíveis na comunidade. - Determinar a capacidade de tomada de decisão do paciente. - Envolver família/pessoa significativa nos cuidados. - Esclarecer sobre sintomatologia apresentada. - Estimular a participação em grupos de apoio e lazer. - Estimular o apoio familiar e comunitário. - Estimular o fortalecimento do vínculo terapêutico - Identificar rede de apoio familiar e comunitário - Identificar as causas da ansiedade. - Identificar fatores precipitantes.
<p>Tristeza crônica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar os fatores causadores/contribuintes da tristeza. - Estimular a verbalização da situação pelo idoso. - Escutar e valorizar os sentimentos e preocupações do idoso. - Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso. - Encaminhar o idoso para serviço de Psicologia/ Psiquiatria, se necessário. - Incentivar a socialização aos centros comunitários, família e idosos.

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	
Diagnósticos e intervenções de enfermagem para o cuidado da pessoa idosa, segundo a CIPE para os componentes psicológicos (CUBAS e GARCIA, 2021)	
DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES
Aceitação do Estado de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer vínculo com o hipertenso. - Informar sobre as atividades de promoção e prevenção dentro da unidade e externamente através do tecer da rede. - Parabenizar o hipertenso pela aceitação e modificação do estado de saúde.
<p>Falta de apoio social</p> <p>Falta de apoio familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar hipertenso para terapia de grupo de apoio (referência/Centros de apoio). - Estabelecer, junto a equipe, estratégias que possam favorecer atividades de apoio social. - Informar o hipertenso sobre ações sociais desenvolvidas na comunidade e Centros de Referência a cuidado e atenção ao idoso. - Sensibilizar a familiar a apoiar o hipertenso a seguir o regime terapêutico e medicamentoso.
<p>Conhecimento adequado sobre a hipertensão arterial</p> <p>Falta de conhecimento sobre a hipertensão arterial</p> <p>Manutenção da saúde prejudicada</p> <p>Habilidade para desempenhar a manutenção da saúde</p> <p>Comportamento de busca de saúde</p> <p>Conhecimento deficiente sobre o regime terapêutico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Agendar retorno de hipertenso, conforme necessidade e ou protocolo interno. - Incentivar o hipertenso a manutenção da MEV. - Informar ao hipertenso sobre as atividades de promoção e prevenção promovidas pela unidade. - Orientar estratégias para a manutenção da saúde. - Orientar a família sobre o cuidado durante o atendimento domiciliar. - Orientações de Saúde sempre que houve dúvidas. - Promover ações educativas de promoção da saúde. <ul style="list-style-type: none"> - Orientar o idoso sobre o regime terapêutico e sua importância para a saúde. - Orientar acompanhamento regular na unidade de atenção primária à saúde e/ou serviços de saúde disponíveis. - Incentivar o idoso a seguir as orientações no domicílio. - Incentivar o envolvimento da família no plano de cuidados.
Autocuidado Inadequado	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar para oficinas educativas. - Estabelecer relação de confiança com a paciente. - Estimular a auto-estima da paciente. - Estimular a reflexão sobre a importância dos hábitos de higiene e cuidados com seus pertences. - Estimular o desenvolvimento de hábitos de vida saudável.

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	
Diagnósticos e intervenções de enfermagem para o cuidado da pessoa idosa, segundo a CIPE para os componentes psicológicos (CUBAS e GARCIA, 2021).	
DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES
	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular os hábitos diários de higiene corporal. - Identificar rede de apoio familiar e comunitário. - Investigar hábitos e costumes de higiene. - Orientar manter suas coisas organizada. - Monitorar através de visita domiciliar. - Orientar os hábitos diários de higiene corporal. - Orientar a prática de atividades físicas de acordo com suas capacidades.
Autocuidado Adequado	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a participação em oficinas Internas promovidas pela unidade e fora da unidade. - Investigar hábitos e costumes de higiene. - Reforçar orientações sobre o desenvolvimento de hábitos de vida saudável. - Estimular os hábitos diários de cuidados.
Processo familiar prejudicado	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a dinâmica dos relacionamentos/funcionamento familiar. - Ajudar a família a identificar e solucionar as situações conflitantes. - Observar os padrões de comunicação da família. - Auxiliar o idoso a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio fora da família.
Risco de isolamento social	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o risco de isolamento social. - Identificar os sistemas de apoio disponíveis para o idoso. - Auxiliar o idoso a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio. - Promover a socialização. - Estimular a participação em atividades de lazer.

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	
Diagnósticos e intervenções de enfermagem para o cuidado da pessoa idosa, segundo a CIPE para os componentes sociais (CUBAS e GARCIA, 2021).	
DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES
Desempenho de papel ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar o papel do idoso na família. - Ajudar o idoso a desenvolver estratégias para lidar com as mudanças de papéis. - Escutar e valorizar os sentimentos e expressões do idoso sobre sua condição atual e as mudanças de papéis. - Identificar e reforçar os pontos fortes/ habilidades pessoais do idoso. - Encorajar a participação nas atividades domésticas e/ou reinserção no mercado de trabalho, respeitando as limitações do idoso. - Encorajar a participação em grupos de apoio/orientação vocacional.
Capacidade para executar atividade de recreação efetiva	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar os benefícios do lazer para a qualidade de vida. - Reforçar orientações sobre o envolvimento da família no planejamento de atividades de lazer/recreação para o idoso. Elogiar o desempenho do idoso na realização das atividades de lazer. - Avaliar as causas da dificuldade para realizar as atividades de lazer.
Capacidade para executar atividade de recreação prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar o idoso nas atividades de lazer, respeitando suas limitações. - Orientar o envolvimento da família no planejamento de atividades de lazer/recreação para o idoso.
Impotência	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar os fatores causadores/contribuintes do sentimento de impotência. - Escutar e valorizar os sentimentos e expressões do idoso sobre sua condição atual e perspectivas futuras. - Determinar os padrões de relacionamento familiar e os comportamentos sociais. - Identificar e reforçar os pontos fortes/ habilidades pessoais do idoso. - Promover a independência do idoso, respeitando suas limitações. - Ajudar o idoso a estabelecer metas realistas para o futuro.
Atividades de lazer deficientes	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar os fatores causadores/contribuintes para a falta de interesse nas atividades de lazer/recreação. - Estimular a participação em atividades de lazer. - Identificar as atividades de lazer favoritas do idoso. - Incentivar a participação do idoso em reuniões familiares que proporcionem momentos diversão/bem-estar. - Orientar sobre os benefícios do lazer para a qualidade de vida. - Orientar o envolvimento da família no planejamento de atividades de lazer/recreação para o idoso.

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM	
Diagnósticos e intervenções de enfermagem para o cuidado da pessoa idosa, segundo a CIPE para os componentes espirituais/morais (CUBAS e GARCIA, 2021)	
DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES
Angústia espiritual	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar os fatores causadores/contribuintes da angústia espiritual. - Avaliar as crenças religiosas/espirituais do idoso. - Escutar e valorizar os sentimentos e opiniões do idoso acerca de suas crenças e valores.
Desesperança	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os fatores causadores/contribuintes do sentimento de desesperança. - Avaliar o grau de desesperança do idoso. - Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso. - Estimular o idoso a desenvolver e praticar sua espiritualidade/religiosidade.
Disponibilidade para crença religiosa facilitadora	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar o idoso a manter uma crença religiosa facilitadora. - Reforçar a participação em cerimônias religiosas. - Incentivar o cuidador/familiar a estimular a prática religiosa pelo idoso. - Elogiar o idoso por exercer sua prática religiosa.
Processo de luto antecipado	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar as causas da antecipação do luto. - Avaliar o impacto de experiências subjetivas e pregressas com a morte pelo idoso. - Escutar e valorizar sentimentos e expressões do idoso acerca do sentimento de luto antecipado. - Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso.
Processo de luto disfuncional	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o luto. - Apoiar o processo de luto. - Desenvolver junto ao idoso estratégias para enfrentamento do luto. - Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso. - Auxiliar o idoso a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio. - Encaminhar o idoso para serviço de Psicologia, se necessário.
Sufrimento (especificar)	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar as causas do sofrimento espiritual no idoso. - Avaliar as crenças espirituais do idoso. - Determinar a importância da espiritualidade na vida do idoso. - Estimular o idoso a expandir e praticar sua espiritualidade. - Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso. - Encorajar a participação em grupos de apoio.

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO (CONTINUAÇÃO)

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-SANTOS, M. A.; PRADO, B. S.; SANTOS, D. M. DOS. Análise espacial e tendências de mortalidade associada a doenças hipertensivas nos Estados e Regiões do Brasil entre 2010 e 2014 TT - Spatial analysis and mortality trends associated with hipertensive diseases in the States and Regions fo Brazil from 201. *Int. j. cardiovasc. sci. (Impr.)*, v. 31, n. 3, p. 250–257, 2018.

BARROSO, W. K. S. et al. Brazilian guidelines of hypertension - 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 116, n. 3, p. 516–658, 2020.

BRASIL. **ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA**. Cadernos de Atenção Básica - n.º 19. Ministério ed. Brasília: 2006.

BRASIL. **Plano de Ações Estratégias para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Ministério ed. Brasília – DF: 2011.

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica: Hipertensão arterial sistêmica**. MINISTÉRIO ed. Brasília: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 2 v. : il.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2019: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquerito telefônico**, 2020.

BRASIL. Linha de Cuidado do Adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica. **MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família Linha, **2021**.

CATARINA, S. **Linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa. Estado de santa catarina secretaria de estado da saúde superintendência de planejamento e gestão gerência de atenção básica/atenção primária à saúde**. v. 1, p. 1-59, 2018.

COFEN, C. F. DE E. RESOLUÇÃO COFEN-358 / 2009. **Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem**. p. 2-4, 2009.

COREN PE. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica**. 2019.

CUBAS, R. M; NOBREGA, M.M.L. **Atenção primária em saúde: Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem**. 1º Ed - Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM: UMA PROPOSTA DE CUIDADO PARA A PESSOA IDOSA COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO.

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

CUBAS, M. R. ; GARCIA, T. R. **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: enunciados do SiABEn**. Porto Alegre: Artmed, 2021. 182 p.

DINIZ, C. X. **Mobilidade e acessibilidade de idosos usuários dos serviços gerontológicos de saúde em Manaus (AM)**. Tese apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Geografia Humana, da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de doutora em Ciências.,2017.

FEITOSA-FILHO, G. S. et al. **Atualização das Diretrizes em Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 112, n. 5, p. 649–705, 2019.

FIRMO, J. O. A. et al. Comportamentos em saúde e o controle da hipertensão arterial: resultados do ELSI-BRASIL. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 7, p. e00091018, 2019.

HORTA, V. DE A. Processo de Enfermagem / Wanda de Aguiar Horta. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, p. 98, 2005.

MORAES, E. N. DE et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico rápido do idoso frágil. **Revista Saúde Pública**, v. 20, p. 1–10, 2016.

MORAES, E. N. DE et al. **Saúde da pessoa idosa - guia de orientação para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde**. Sociedade ed. São Paulo: Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - saúde da pessoa idosa., 2019.

NÓBREGA, R. V. PROPOSTA DE SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE®) PARA HIPERTENSOS NA ATENÇÃO BÁSICA. **Dissertação apresenta ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, nível de Mestrado, do Centro Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba**. Orientadora: Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega, p. 0–148, 2012.

NASCIMENTO, LC et., **Genograma e ecomapa: Contribuições da enfermagem Brasileira**. Florianópolis, 2014 Jan-Mar; 23(1): 211-20.

SOUSA, TS et al., Modelos teóricos utilizados por enfermeiros para avaliação da família : reflexão teórica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. Vol.12(4) | e2614. 2020.

SANTOS, RC et al., **Fatores que interferem na história da doença de pessoas com diagnóstico de hipertensão arterial: uma abordagem a partir do genograma e ecomapa**. Rev. APS. 2021 jan.-mar.; 24(1): 76-91.

VIEGAS, Adriana Barros. **Possibilidades de uso de ferramentas de abordagem familiar na construção da SAE na APS: o genograma funcional** / Adriana Barros Viegas. São Paulo, 2019. 114 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.