

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA  
PÚBLICO DE SAÚDE

Gabriela Radin Piesanti

**PERCEPÇÃO DA COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS  
DE SAÚDE E IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS: INFLUÊNCIA  
NO AUTOCUIDADO NA VELHICE**

Santa Maria, RS  
2022

**Gabriela Radin Piesanti**

**PERCEPÇÃO DA COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
E IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS: INFLUÊNCIA NO AUTOCUIDADO  
NA VELHICE**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em **Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde**, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Saúde da Família**.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Tânia Fernandes Silva

Santa Maria, RS  
2022

**Gabriela Radin Piesanti**

**PERCEPÇÃO DA COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E  
IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS: INFLUÊNCIA NO AUTOCUIDADO NA  
VELHICE**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em **Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde**, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Saúde da Família**.

**Aprovado em 25 de Fevereiro de 2022:**

---

**Tânia Fernandes Silva, Dra. (UFSM) – Orientadora**  
(Presidente/Orientador)

---

**Patricia Mattos Almeida, Ma. (SES/4ªCRS) – Avaliador Titular**

---

**Gabriele Bevilacqua, Esp. (SMS/SM) – Avaliador Titular**

Santa Maria, RS  
2022

## RESUMO

### PERCEPÇÃO DA COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS: INFLUÊNCIA NO AUTOCUIDADO NA VELHICE

AUTORA: Gabriela Radin Piesanti  
ORIENTADORA: Tânia Fernandes Silva

**Objetivo:** Compreender como ocorre a comunicação entre os profissionais de saúde e idosos com doenças crônicas e a influência desse diálogo no autocuidado na velhice. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de natureza qualitativa com alcance descritivo e exploratório. A coleta foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com três questionamentos diferentes para cada grupo, profissionais e idosos. As informações foram analisadas conforme a técnica de Análise Temática do Conteúdo. **Resultados e discussões:** Foram coletadas entrevistas de nove profissionais de saúde e seis idosos participantes de um grupo de convivência de uma Estratégia de Saúde da Família localizada na região central do Estado do Rio Grande do Sul. Os dados foram apresentados divididos em duas categorias com três subcategorias correspondentes ao encontro com os profissionais e três do diálogo com os idosos. Percebe-se com o estudo que os idosos possuem diversas e diferentes opiniões em relação a comunicação com os profissionais, algumas sinalizações identificando como efetiva e outras como insuficientes. Já os profissionais foram coesos em delimitar a falta de suporte familiar, baixa escolaridade, vulnerabilidade social e outros déficits relacionados ao contexto do idoso como influenciadores negativos na comunicação, entendimento e no desempenho do autocuidado por esses usuários. **Conclusão:** Portanto, é possível afirmar, que a comunicação entre os profissionais de saúde e idosos com doenças crônicas dessa ESF localizada no centro do Estado do Rio Grande do Sul é insuficiente, influenciando diretamente os usuários no desempenho do autocuidado de modo fragilizado.

Descritores: Autocuidado. Comunicação em Saúde. Doenças crônicas.

## ABSTRACT

### PERCEPTION OF COMMUNICATION BETWEEN HEALTH PROFESSIONALS AND THE ELDERLY WITH CHRONIC DISEASES: INFLUENCE ON SELF-CARE IN OLD AGE

AUTHORS: Gabriela Radin Piesanti

ADVISOR: Tânia Fernandes Silva

**Objective:** Understand how communication between health professionals and the elderly with chronic diseases occurs and the influence of this dialogue on self-care in old age. **Methodology:** This is a qualitative study with descriptive and exploratory scope. The collection was carried out through semi-structured interviews with three different questions for each group, professionals and the elderly. The information was analyzed according to the Thematic Content Analysis technique. **Results and Discussions:** Interviews were collected from nine health professionals and six elderly participants on one group of coexistence of a Family Health Strategy located in the central region of the State of Rio Grande do Sul. The data were presented divided into two categories with three subcategories corresponding to the meeting with professionals and three to the dialogue with the elderly. It is noticed from the study that the elderly have several and different opinions regarding communication with professionals, some signs identifying as effective and others as insufficient. Professionals, on the other hand, were cohesive in delimiting the lack of family support, low education, social vulnerability and other deficits related to the context of the elderly as negative influencers on communication, understanding and self-care performance by these users. **Conclusion:** Therefore, it is possible to affirm that the communication between health professionals and the elderly with chronic diseases of this ESF located in the center of the State of Rio Grande do Sul is insufficient, directly influencing users in the performance of self-care in a fragile way.

**Keywords:** Self-care. Health Communication. Chronic diseases.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>2. METODOLOGIA</b> .....	9
<b>3. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	11
3.1 RELATO DOS IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS.....	11
<b>3.1.1 Percepção da comunicação com o profissional de saúde em relação às doenças crônicas: Hipertensão e/ou diabetes</b> .....	11
<b>3.1.2 Considerações positivas e negativas sobre a comunicação com profissionais de saúde</b> .....	12
<b>3.1.3 Segurança para o desempenho do autocuidado</b> .....	14
3.2 RELATO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	15
<b>3.2.1 Percepção da comunicação com o idoso com doenças crônicas: Hipertensão e/ou Diabetes</b> .....	15
<b>3.2.2 Interpretação sobre a capacidade de desempenho do autocuidado pelo idoso após orientações profissionais</b> .....	17
<b>3.2.3 Fortalecimento da comunicação entre o profissional da saúde e o idoso com doenças crônicas</b> .....	18
<b>4. CONCLUSÃO</b> .....	20
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	22

## 1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas são definidas como um conjunto de condições crônicas que são causadas por diversos fatores, com início gradativo, desenvolvimento futuro incerto, e com duração extensa ou indefinida. Além disso, afirma-se que, com o passar do tempo, a doença poderá ter períodos agudos ocasionando limitações nas pessoas acometidas por esta condição. As doenças crônicas são a primeira causa de mortalidade e possui forte influência nas taxas morbidades no Brasil, devido aos altos índices de sobrepeso da população, vulnerabilidade social, alimentação industrializada e ultraprocessada, tabagismo, hereditariedade e sedentarismo. Diante dessas características as terapêuticas podem envolver tecnologias de cuidado leve, leve-duras e duras, concomitante a mudança de hábitos de vida, em um cuidado contínuo que nem sempre alcança a total recuperação da saúde. (BRASIL, 2013).

Como destaque, as doenças crônicas se caracterizam, de maneira mais precisa, por apresentarem um período de duração maior, superior a três meses, com ações de enfrentamento contínuas, proativas, e em alguns casos definitivas e permanentes, como na Hipertensão e Diabetes Mellitus, agravos incluídos nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que vem apresentando indicadores preocupantes a nível global e com forte inserção no cotidiano de atenção e cuidado aos usuários da Atenção Básica no Brasil (UNA-SUS/UFMA, 2017).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é diagnosticada sem o uso de tecnologias sofisticadas, “consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90 mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas” (UNA-SUS/UFMA, 2017, p. 46). Assim o diagnóstico é feito quando a média das três aferições for maior ou igual a 140/90 mmHG, sendo encaminhado, ao ser diagnosticado para consulta médica, com contínuo acompanhamento multiprofissional. Já a Diabetes Mellitus, para o diagnóstico, é realizado exames laboratoriais de glicemia de jejum, glicemia casual, teste oral de tolerância à glicose (TTG-75g) e exame da hemoglobina glicada, que ao se obter um valor da glicemia de jejum maior ou igual a 126 e a glicada maior ou igual a 6,5%, o usuário é diagnosticado com diabetes. Essa condição crônica surge por diferentes fatores, mas caracteriza-se como uma síndrome metabólica devido a “defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos” (BRASIL, 2006, p. 9), podendo ser dividida em diabetes do tipo I e II.

Ambas as comorbidades possuem uma alta incidência em idosos, se relacionando fortemente às grandes síndromes geriátricas. Francisco (2018) refere que 50% da população idosa possui hipertensão e estima que com o avanço da idade também é mais prevalente a

presença da diabetes nessa população. E cita que em estudos de localidades específicas o valor correspondente a diabetes a partir dos 60 anos é superior a 13%. De maneira específica, dois determinantes sociais são fundamentais para a prevalência de doenças nos idosos, a escolaridade e a raça. Ao longo da vida grande parte dos idosos geralmente vivenciaram dificuldades no acesso às informações e oportunidades de vida, evidenciando a vulnerabilidade social e maiores adoecimentos nesta etapa do envelhecimento. Da mesma forma, entende-se que há a interferência da cor da pele/raça, ao passo que evidencia as desigualdades sociais e o acesso à saúde é mais fragilizada, aumentando a carga dessas doenças em populações mais vulneráveis.

Diante do exposto, a atenção básica enquanto coordenadora do cuidado e por ser um serviço potente, que abrange a atenção territorial, longitudinal e integral aos usuários do SUS, é indicada como “capaz de prestar melhor gerenciamento do cuidado das condições crônicas, reduzir internações desnecessárias e idas à emergência ou unidades de pronto atendimento” (Schenker e Costa, 2019, p. 1370), essencialmente a idosos, que quando necessitam de tecnologias mais duras de cuidado sofrem mais risco de vida. Desta maneira, o diálogo entre os profissionais e idosos é uma das formas mais capacitadas para promover o autocuidado desse usuário, como salientado por Lamela e Bastos (2012) que a compreensão de saúde e os efeitos terapêuticos no público idoso vem sendo muito relacionado a comunicação adequada e competente entre o profissional de saúde e os idosos.

Duarte (2019), define o autocuidado como a habilidade do ser humano em envolver-se no cuidado de si para manter e estimular sua saúde e qualidade de vida, que é capaz de ser influenciado por fatores pessoais ou biológicos como sexo, idade, aspectos genéticos, bem como pelos determinantes e condicionantes da saúde como a alimentação, acesso a moradia, saneamento básico, entre outros.

Assim, a presente pesquisa inicia a sua justificativa pautada na observação de que, na fase do envelhecimento, do tornar-se velho, os indivíduos apresentam diminuição das funções físicas, mentais e sociais, necessitando de suporte dos profissionais de saúde para manutenção das capacidades de autocuidado e no enfrentamento de adoecimentos, principalmente no que tange às doenças crônicas, que correspondem a 72% das causas de morte (BRASIL, 2013), o que os faz recorrer aos serviços de saúde frequentemente, solicitando suporte, principalmente das Estratégias de Saúde da Família (ESF), serviços inseridos no território de vida desses sujeitos.

Tal fato, pode ser observado no território de abrangência de uma ESF localizada no centro do Estado do Rio Grande do Sul, em que os idosos que possuem doenças crônicas fazem

parte da população que mais acessa a unidade. Outra circunstância é que a dificuldade de comunicação entre profissionais de saúde e usuários pode culminar na fragilidade do desempenho do autocuidado de maneira adequada pelo idoso. Assim, uma comunicação efetiva com orientações sobre a doença, a forma adequada do uso das terapêuticas, poderá levar a uma maior apropriação do autocuidado em saúde (Matsuoka, et al, 2019).

Diante do exposto, a presente pesquisa tem por objetivo compreender como ocorre a comunicação entre os profissionais de saúde e idosos com doenças crônicas e a influência desse diálogo no autocuidado na velhice.

## **2. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa com alcance descritivo e exploratório. A pesquisa qualitativa busca compreender e interpretar um mundo de significados, razões, desejos, convicções, comportamentos, valores, tudo que condiz a um universo mais extenso das relações, de operações e acontecimentos que não tem como serem resumidos a operacionalização mutável (MINAYO, 2001). Estudos descritivos buscam detalhar as particularidades, singularidades e os perfis dos sujeitos, coletivos, comunidades, dispositivos ou outros fenômenos que estejam sujeitos a observações e interpretações (SAMPIERI, 2013). Já nos alcances exploratórios, os mesmos autores referem como objetivo e importância alcançar “informação sobre a possibilidade de realizar uma pesquisa mais completa relacionada com um contexto particular, pesquisar novos problemas, identificar conceitos ou variáveis promissoras” (p.101).

O problema da pesquisa permeia a compreensão de como ocorre a comunicação entre os profissionais de saúde e idosos com doenças crônicas e a influência desse diálogo no autocuidado na velhice. O público alvo foram nove profissionais de saúde e treze idosos participantes de um grupo de convivência, no entanto pode-se aplicar as entrevistas semiestruturadas somente a seis usuários que durante o período de pesquisa participaram do grupo e se encaixaram nos critérios de inclusão. Houve o encerramento de uma entrevista antes de completar toda a coleta de dados devido ao intenso sofrimento na vivência do luto por uma usuária. Como local do estudo, os dados foram coletados durante um grupo ofertado por uma Estratégia de Saúde da Família da região central do Estado do Rio Grande do Sul, que acontecia no Centro Comunitário e também em espaço cedido na moradia de uma usuária participante.

Os profissionais que compunham a ESF eram de uma equipe mínima, representada por um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde

- sendo duas afastadas devido a problemas de saúde - uma recepcionista e uma higienizadora. Ainda, contavam com a participação de estagiários de enfermagem e medicina, e de residentes da residência multiprofissional em saúde da família: uma enfermeira e uma psicóloga. A ESF era apoiada pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

O grupo de convivência é oferecido como um espaço de coexistência e de criação de redes de afeto para a população, oportunizando a esses o desempenho de novos papéis sociais, o cuidado em saúde na comunidade, a trocas de conhecimentos, criação de vínculos com a unidade e entre a comunidade, prática de atividades de autocuidado, físicas e relaxamento, bem como busca favorecer o conhecimento de outros locais do município através de passeios, ampliando o acesso a bens culturais, de arte e ambientes de lazer. Neste cenário, também é desenvolvido intervenções pontuais e de monitoramento da saúde dos participantes, acompanhando a pressão arterial, peso e altura. Nesse cenário, o grupo era formado por treze participantes, sendo em sua maioria pessoas idosas. Para a participação, era necessário que os usuários sejam adscritos ao território de cobertura da ESF.

Os critérios estabelecidos para inclusão na pesquisa foram, para os idosos: idosos com 60 anos ou mais, diagnóstico de doenças crônicas, diabetes ou hipertensão, participação no grupo de convivência, residentes nas micro áreas adscritas pela unidade e com vínculo na ESF. Para os profissionais: profissionais atuantes na área da saúde e que trabalham na ESF. Foram excluídos da pesquisa idosos que apresentaram comprometimento cognitivo.

A coleta foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas de novembro a janeiro, nas segundas-feiras, no período da tarde, com duração de 10 minutos e registradas com o gravador de voz do celular Xiaomi Redmi Note 7, para melhor entendimento do discurso do entrevistado e em busca de não comprometer a fidedignidade do mesmo, e posteriormente realizada a transcrição da fala na íntegra. As entrevistas com os profissionais foram feitas conforme disponibilidade no momento da abordagem ou a partir de agendamentos, já com os idosos o convite para a participação era proposto no momento em que chegavam para interagir no grupo de convivência.

Sucederam coletas de depoimentos dos profissionais e idosos através de três questionamentos para cada classe, sendo os profissionais de saúde questionados: 1. Como você percebe a comunicação com o idoso com doenças crônicas? 2. Após comunicação e orientações aos idosos, você sente que eles estão prontos para desempenhar o autocuidado? o que percebe? 3. Cite sugestões para fortalecer a comunicação entre o profissional de saúde e os usuários com doenças crônicas. E referente aos idosos indagações: 1. Como você percebe a comunicação com o profissional de saúde em relação às suas dúvidas sobre a doença crônica? 2. Após

comunicação com os profissionais você se sente seguro para fazer seu autocuidado? Que sentimentos sente? 3. O que é para você uma boa comunicação e uma comunicação com dificuldade ou ruim no serviço de saúde?. Os nomes dos participantes profissionais e usuários são identificados, respectivamente, por P. e U. com numeração correspondente a cada um.

Foram encerradas as entrevistas quando se obteve um volume de dados com significativa riqueza de detalhes e também pelo alcance do objetivo (MINAYO, 2017). As informações foram analisadas conforme a técnica de Análise Temática do Conteúdo a qual favorece a explicação e compreensão das informações da pesquisa, passadas por métodos de regularização e categorização precisas de conhecimentos que levam o investigador a conclusões legítimas e fidedignas no estudo qualitativo (Souza e Santos, 2020).

Esse estudo foi um recorte baseado em uma pesquisa maior: “Demandas cotidianas na atenção primária: compreensão das ações de cuidado aos usuários”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFSM, registrado sob o número 4.973.874. Todos os participantes aceitaram participar da pesquisa, firmando a cooperação a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), produzido em duas vias, onde uma via ficou com o voluntário da pesquisa e a outra sob a guarda dos pesquisadores.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Através das transcrições e análises dos discursos foram construídas duas categorias, uma pertinente a percepção e relato dos idosos e outra frente aos profissionais e junto a cada uma dessas foram correlacionadas três subcategorias para a demonstração do presente estudo, organizadas diante do idoso em: Percepção da comunicação com o profissional de saúde em relação às doenças crônicas: hipertensão e/ou diabetes; Considerações positivas e negativas sobre a comunicação com profissionais de saúde; e Segurança para o desempenho do autocuidado, e no que se relaciona ao profissional de saúde apresenta-se: Percepção da comunicação com o idoso com doenças crônicas: hipertensão e/ou diabetes; Interpretação sobre a capacidade de desempenho do autocuidado pelo idoso após orientações profissionais; e Fortalecimento da comunicação entre o profissional da saúde e o idoso com doenças crônicas.

#### **3.1 RELATO DOS IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS**

##### **3.1.1 Percepção da comunicação com o profissional de saúde em relação às doenças crônicas: hipertensão e/ou diabetes**

Nesta subcategoria é possível perceber a afirmação da qualidade da comunicação entre o profissional de saúde e o idoso com doenças crônicas a partir do refletir dos usuários. No estudo de Lamela e Bastos 2012, foi salientado que a comunicação, como em qualquer relação humana, mas de maneira importante na saúde, assume uma dimensão fundamental para o alcance dos objetivos dessa relação, rompendo o modelo biomédico e inserindo a cortesia, comunicação e suas variadas formas, a atitude de incentivo, empatia e passagem de informações como fatores para obtenção de resposta eficaz dos objetivos. Assim, os idosos citaram a comunicação:

*“Acho excelente, esse pessoal mesmo da ESF, que é do nosso grupo ali, tudo que a gente quer saber, chega neles e pergunta e eles explicam direitinho para nós”* (U.5)

*“Eles querem o bem pra mim né?! Eles falam, dizem direitinho. É boa a comunicação”* (U.3)

Contudo, também foi apontado a inacessibilidade à explicação sobre a condição de saúde:

*“Olha, não vou dizer que não escutam, escutar eles escutam, agora explicar é o que é, que não explica para a gente, né?!”* (U.4)

Estudo de Malta, et al, (2017) retrata que usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) fazem mais utilização dos serviços de saúde, o que significa que a demanda do usuário é mais fundamentada para ir e usar esses espaços. O que pode ser justificado pela necessidade de atendimentos de rotina ou intercorrência, maior adoecimento, além de outros problemas e prejuízos. Cabe notabilizar que a intenção de compreender melhor a própria situação de saúde pode favorecer a maior utilização dos serviços de saúde.

Schenker e Costa 2019, destacam que “O sucesso do tratamento está atrelado à participação e envolvimento do usuário de modo ativo nesse processo” (p. 1375). Desta maneira, é compreensível que para o desempenho do autocuidado ocorrer de forma adequada é relevante que o usuário consiga obter informações e participar de forma ativa nos pactos para melhora de sua saúde.

### **3.1.2 Considerações positivas e negativas sobre a comunicação com profissionais de saúde**

Neste contexto os idosos apontaram a percepção que possuíam sobre a comunicação estabelecida com profissionais de saúde de modo geral, partindo de conceitos relacionados a uma “boa comunicação” e uma “má comunicação”. Assim, os idosos colocaram relatos de experiências singulares vivenciadas em seu território de vida, sendo observado opiniões divergentes sobre essa comunicação e assistência, no entanto a maioria entende como positivos os encontros estabelecidos com esses apoiadores.

*“É bom quando me explicam as coisas. Quando não entendo, explicam de novo, dizem como que tem que fazer” (U.3)*

*“Uma boa comunicação é o médico ouvir a gente, a gente entender o que ele tá falando para gente né?! seria uma boa comunicação para gente sair e ter entendimento [...] o ruim seria ele não falar, quando a gente tem um problema a gente gosta de saber né, o que pode causar, o quê que pode fazer, o quê que não pode fazer, a gente sempre tem uma dúvida né?!” (U.1)*

Consoante a isso é imprescindível que a linguagem trazida pelo profissional no diálogo com o usuário seja de maneira acessível, contextualizando a vivência desse. Para tanto é necessário que esses detentores do conhecimento técnico da saúde se adequem a uma linguagem simples e cotidiana do mundo, conforme Longhi (2014), cita:

A linguagem técnica/codificada se mostra como um desencontro comunicacional na Saúde da Família, sendo que, nos serviços de saúde, as interações são mediadas por uma linguagem técnica e nas experiências cotidianas dos usuários está presente uma linguagem prática, relacionada ao mundo da vida, o que faz emergir barreiras na comunicação e interação dos sujeitos (p. 41).

Além disso, identifica-se no relato de uma usuária a certificação de outras formas de potencializar o diálogo, como através de grupos, sendo possível fazer um *continuum* de orientações capazes de subsidiar o autocuidado e estabelecer estratégias para diminuição de riscos, com qualificada influência no acompanhamento longitudinal:

*“Uma boa comunicação se eles fizessem, como numa época [...] grupo que faziam com todo pessoal que tinha problema de pressão alta e diabetes, eles faziam uma reunião uma vez por mês ou duas vezes por mês, ali explicavam tudo, o que tu tinha que comer, como é que tinha que fazer [...]” (U.4)*

Surgiu ainda, ponderação em relação ao silêncio durante os atendimentos, causando desconforto no usuário, bem como a controvérsia das instruções dos profissionais de saúde, sendo capaz de apresentar restrito diálogo coeso entre a equipe que faz essas prescrições:

*“Quando ele explica é bom, quando ele fica quieto, eu faço pergunta e ele não responde, me desconversa daqui e dali, ai pra mim é ruim, eu digo, porque ele ta escondendo alguma coisa [...] Às vezes o doutor fica quieto assim, só batendo com a caneta, ai eu fico, o que será? será que eu perguntei errado, fiz alguma besteira?” (U.6)*

*“O ruim já está sendo né, a gente não sabe, fica na dúvida, né?! Uns diz “tu não pode comer beterraba porque beterraba tem açúcar” ta, ai tu chega ali e outro diz “A mas, tu tem que comer beterraba pra anemia”, ai chega outro e diz “tu não pode comer três tipos de fruta”, cada um diz uma coisa daí tu tem dúvida, tu não sabe [...]” (U.4)*

Schmith (2012) evidencia que “existe negligência nas informações e também que algumas destas nem sempre são iguais entre os profissionais, o que acarreta uma variedade de informações e com desencontros entre elas” (p. 487). Esse episódio de inúmeros conteúdos denotados pelo profissional pode causar confusão no usuário para desenvolver o ato de cuidar de si, bem como comprometer seu bem estar ao passo que não tem certeza de como desempenhar essas ações.

### **3.1.3 Segurança para o desempenho do autocuidado**

Ao analisar o discurso dos usuários idosos com hipertensão e/ou diabetes que acessam a ESF, no que concerne ao desempenho das atividades de cuidado consigo mesmo, identificou-se a satisfação nos atendimentos e o estabelecimento do vínculo com os profissionais, relatando confiança nesses que orientam o cuidado e conseqüentemente em si mesmo para o desempenho do autocuidado:

*“Eu gosto muito, eu faço algumas perguntas, tanto que o médico também é muito bom, ele manda a gente para ginástica, e conversa e explica. As gurias também, eu acho ótimo. Parece assim, que são todos da família né?!” (U.5)*

*“Me sinto segura, me sinto bem sem dúvidas mesmo com tudo que eles dizem pra mim” (U.3)*

Céus Sá e Oliveira (2017), também conseguiram encontrar essas mesmas considerações quando os participantes de sua pesquisa citaram o que influenciava no gerir do autocuidado, e que os mesmos “Gostavam que os profissionais de saúde escutassem as suas queixas, os informasse mais sobre a doença e a medicação prescrita e, os auxiliassem a aderir à terapêutica” (p. 754).

No entanto, ocorreram opiniões contrárias a essas, onde os idosos sentiam inseguranças, dúvidas e compreendiam a mudança depender e acontecer por meios próprios:

*“Tem que fazer alguma coisa, tu por conta tua tem que ta seguro, esperar por eles é que tu não vai conseguir né?! eu acho assim, que tem que ser pela gente mesmo. Fazer o que. Tentar mudar a comida, o hábito de fruta, uma verdura, alguma coisa, diminuir o sal, essas coisas tu sabe que tem que dosar tua alimentação, é isso aí” (U.4)*

*“Eu fico um pouquinho em dúvida né?! Fico sem entender direito, parece que fico na dúvida, fico sem entender a situação pra melhorar” (U.1)*

Rêgo e Radovanovic 2018, reiteram que a falta de conhecimentos sobre a doença causa debilidades para o desempenho do autocuidado, fortalecendo complicações que são consequência da doença.

## 3.2 RELATO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

### 3.2.1 Percepção da comunicação com o idoso com doenças crônicas: hipertensão e/ou diabetes

Além dos questionamentos com os usuários sobre sua condição de saúde e diálogo com os profissionais, também foi realizada uma análise da percepção dos profissionais de saúde, que conduzem parte do cuidado.

Quando perguntados sobre a entendimento que tinham em relação a comunicação estabelecida com os idosos, a fala foi notoriamente coesa, surgindo as seguintes afirmações:

*“Comunicação? É muito difícil [...] Por mais que tu explique, ele passa por mim, passa pelo acolhimento, ele passa pelo médico, pela enfermeira e ele volta com dúvida lá na recepção de novo, mesmo tendo passado com todo mundo [...] E tem que ter o filho, tem responsabilizar a família, não tem outra saída, não tem, porque se não a gente não vai ajudar nunca”. (P.5)*

*“Eu noto que às vezes é bem difícil, depende do idoso, aí normalmente eu converso mais com o familiar e com ele, tento fazer com que o familiar entenda também o processo sabe?! porque às vezes o idoso tem um pouco de dificuldade e às vezes ele até compreende a doença, eu noto, mas ele não toma a medicação” (P.7)*

Diante do exposto, percebeu-se que há dificuldade na comunicação com os idosos, principalmente quando esse não tem suporte familiar para organizar sua rotina e auxiliar no gerenciamento de sua saúde. Nesse processo, muitos idosos com condição crônica não conseguem compreender as orientações dos profissionais quando acessam o serviço de saúde e consequentemente não alcançam as metas dos planos de cuidado estabelecidas em conjunto com os profissionais para a melhora de sua qualidade de vida.

Freitas (2017), evidencia que um idoso que não tem suporte familiar não dá atenção devida ao cuidado com a sua doença. Assim, quando vão à consulta sem acompanhamento familiar, percebe-se que ele não consegue absorver e compreender as informações repassadas pela equipe de saúde, acabando por vezes, fazendo o uso errado dos medicamentos. Em consequência disso, sucedem-se alterações importantes, como descontrole da glicemia ou pressão arterial, que impactam trazendo danos para a saúde do usuário, tanto em seus aspectos físicos quanto mentais.

Outro assunto subjacente a esse trazido, foi o que a falta de suporte familiar causa e a consequente alteração nos aspectos da saúde do idoso. Apontaram dificuldades de compreensão nas orientações do cuidado e que podem ser também oriundas pelos atravessamentos ao longo da vida desse usuário, como a falta de estudos ou patologias associadas.

*“É bem difícil, bem difícil a comunicação com o idoso porque geralmente, pelo menos na minha área de atuação, eles não moram com os parentes e aí muitos deles não tem escolaridade, têm dificuldade de entendimento das coisas que a gente propõe, então fica bem difícil explicar coisas para eles e que faça com que eles gravem esse tipo de informação” (P.8)*

Os voluntários ainda acrescentam:

*“A maioria das pessoas idosas com doenças crônicas parece apresentar algum grau de dificuldade para o pleno entendimento das condições que vivenciam, seja por questões de baixa instrução/escolaridade (que pode dificultar a organização e o correto*

*tratamento), seja por outras patologias que costumam ser mais comuns nessa população e que impedem a melhor autonomia sobre si e seus tratamentos (como transtornos psiquiátricos e demências)[...]” (P.9)*

*“Eu acho que aí vai uma questão bem importante que é a gente analisar onde ele tá inserido né, qual é o nosso território, como é que é as características da população que a gente tá atendendo. No caso de uma ESF, dentro do SUS, isso a gente consegue perceber bastante sobre nossa população, também já tinha conversado que a nossa população tem muitos casos de analfabetismo, isso prejudica muito assim, que eles acabam ficando bem dependente do posto pra ler uma receita, para saber alguma coisa e às vezes aqui a gente tem outras demandas também, e a gente não consegue atender ele de forma né, tipo 100% [...]” (P. 3)*

Gomides, 2013, explica que a escolaridade está intimamente associada ao autocuidado, bem como a desigualdade social no vínculo e aproveitamento dos serviços de saúde correlacionada ao grau de educação dos usuários. Desta forma, pessoas com limitado grau de escolaridade podem ter mais dificuldades no acesso a informações e aquisição de conhecimentos, prejudicando o desempenho do autocuidado.

Ao encontro disso, é necessário afirmar que o fortalecimento da capacidade do idoso de cuidar de si envolve diversos sujeitos, como ele mesmo, os profissionais e a família, pactuando e monitorando as estratégias de atenção à saúde conjuntamente. Ademais, são através desses métodos, como o autocuidado apoiado que é potencializado essa autogestão. Nas condições crônicas, o autocuidado apoiado objetiva organizar e empoderar os sujeitos para que sejam autônomos e independentes ao máximo possível no seus cuidados e na atenção à saúde ofertada. O autocuidado qualitativo vai além de orientar o que os usuários devem fazer. É colocar esse sujeito como ator no processo de autogestão e fortalecer um papel de responsabilidade das próprias ações sanitárias (MENDES, 2012).

### **3.2.2 Interpretação sobre a capacidade de desempenho do autocuidado pelo idoso após orientações profissionais**

Condizente com as demais declarações, os profissionais reiteram que grande número dos idosos, mesmo após diversas (re)orientações, encontram-se fragilizados para cuidar de si por razão da insuficiência familiar, baixa escolaridade, outras comorbidades e confusão mental na hora de tomar a medicação:

*“A maioria não consegue fazer seu autocuidado, alguns sim são bem esclarecidos, mas não é assim questão de uma conversa, são várias, trabalho de formiguinha indo falando todos os dias um pouquinho. Possuem mais dificuldade no entendimento das medicações, horários, dosagens, essas coisas assim. Falta informação e uma rede familiar boa, que ajude. Os idosos na maioria das vezes vem sozinhos, aí a gente explica, ele não entende, ele vem sozinho de novo, sabe? Alguém que pudesse auxiliar assim [...]” (P.1)*

*“Alguns sim, alguns a gente vê que esses idosos, eles estão preparados assim, até quando a gente tá iniciando uma medicação, entrando com insulina, a gente vê que eles conseguem fazer aplicação, a gente fica bem contente né?! Quando a gente vê esse entusiasmo com o autocuidado do idoso consigo e das medicações, mas por outro lado tem vários idosos que a gente vê que são bens desorganizados, que trazem as caixinhas de medicações diferentes achando que são as mesmas ou toma uma mesma em formato diferente, então tem idosos e idosos [...]” (P.2)*

Nesse sentido, pode-se inferir que o autocuidado perpassa um contexto pessoal de vida, uma conjuntura de suporte familiar e um cenário social. Entretanto, Almeida e Bastos (2017) colaboram que o desempenho desse ato também é transpassado por “influência dos costumes e crenças” (p. 4), o que significa dizer que as prescrições profissionais também devem estar paralelas ao que é real na vida do usuário, ao que faz sentido para ele, pois na maior parte do tempo esse sujeito estará sem a presença do especialista em saúde, ou seja, sozinho tentando seguir informações repassadas que não se encaixam ao que ele pode crer, sentir e entender. Cabe à tríade profissional-idoso-família a criação de estratégias possíveis e adaptáveis.

Coutinho e Tomasi (2020) registram que para melhorar os índices de autocuidado em idosos é fundamental investir no acesso desses ao ensino, tal como na educação em saúde. Dessa forma, é possível compreender que é essencial a sensibilidade dos governantes junto a esse público, com criação de espaços para formação do idoso e a educação permanente do profissional, com reinvenção dos meios de comunicação para que esse usuário nesta etapa do envelhecimento alcance e compreenda a informação, melhorando os níveis proteção e cuidado com seu próprio corpo.

### **3.2.3 Fortalecimento da comunicação entre o profissional da saúde e o idoso com doenças crônicas**

As estratégias para melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e os idosos sugeridas por esses que desempenham o saber técnico em saúde foram diversas, como ter mais paciência para explicar, manter o diálogo na linguagem acessível ao usuário, a comunicação acontecer pessoalmente, em todo atendimentos ao idoso sempre ter a presença do acompanhante/ familiar, qualificação do olhar profissional e principalmente o atendimento multiprofissional com inserção de outros núcleos profissionais na atenção à pessoa idosa com condições crônicas:

*“Possibilitar abordagem das condições de saúde com mais de um núcleo profissional; informar claramente de que o serviço de saúde está à disposição para esclarecimento de dúvidas, especialmente no início de um novo tratamento; promover acompanhamento regular das condições de saúde, conforme a necessidade de cada patologia e conforme o perfil de cada usuário, explicitando a periodicidade do segmento [...]” (P.9)*

*“É que é aquela coisa né, falta Terapeuta Ocupacional, falta TO na atenção básica, porque é o TO que vai pensar nas estratégias de intervenção, adaptação, que a gente tenta fazer assim, por exemplo, digamos quando tem que orientar a medicação ali de hipertensão e diabetes, a gente tenta fazer a caixinha, só que isso é trabalho da TO né?! Então tem que ter uma TO na atenção básica para poder fazer isso. O médico tenta também, escreve na caixa, orienta a modificação do estilo de vida como que é, só que tudo é um treino né, a gente sabe que o idoso não vai ser a primeira vez que a gente vai falar e ele vai entender, ele vai aderir, então é tudo treino então teria que ter uma continuidade, só que daí a demanda é grande né?! [...]” (P.4)*

A inserção de diferentes núcleos profissionais nos serviços de saúde ou no fortalecimento dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção básica - NASF-AB; equipes multiprofissionais que fazem o apoio técnico pedagógico e assistencial as ESFs, pode potencializar a clínica ampliada ao promover a transdisciplinaridade, valorização do conhecimento de cada área do conhecimento no processo saúde e doença, a construção conjunta de diagnóstico e tratamentos, enaltecendo a singularidade do sujeito e seus desejos, conseqüentemente, obtendo melhoras assertivas a quadros de adoecimentos com criação de estratégias potentes de promoção à saúde nas comunidades. Além de privilegiar a comunicação horizontal entre os profissionais e usuários na construção do processo de atenção à saúde (BRASIL, 2009).

Ao encontro disso, também surgiu uma sugestão em relação a indústria farmacêutica no planejamento criterioso dos medicamentos, onde esses fármacos poderiam ser com caixas ilustrativas, com cores e formatos diferentes:

*“Eu acho que de repente a gente tinha que partir até da indústria farmacêutica, já vou lá em cima, porque eles fazem o remédio, a caixinha é azul, amarelo e branco, ta?! é a losartana e o enalapril, são duas caixas iguais, dois anti-hipertensivos com horários diferentes. Remédios para diabetes, a caixinha é igual do mesmo tamanho, as cores, isso para eles já dá uma confusão [...] Tinha que vir lá de cima uma mudança, que pra chegar nessa caixinha de remédio, com essa corzinha, “isso e isso”, eles têm um marketing pra isso né?! Então teria que tentar pensar no idoso [...]” (P.5)*

Dados de Silva (2012), através de inquérito postal nacional citaram que idosos com 70 anos ou mais usaram em média 4,4 medicamentos e SBIBAE (2019) sinaliza que o uso diário de cinco ou mais medicamentos diferentes é polifarmácia, o que significa alto risco de uso de medicamentos potencialmente inapropriados, configurando o principal sinal para atentar-se frente o declínio funcional, risco de internação hospital e morte no público idoso. Não obstante a polifarmácia e seus malefícios, há a fragilidade e danos trazidos pela maneira como é usado esses medicamentos, a dificuldade em fazer o uso correto, e nesse sentido a indústria farmacêutica poderia auxiliar a medida que adequasse o formato dos medicamentos, embalagens com suas cores e ilustrações diferentes e compreensíveis.

#### **4. CONCLUSÃO**

A interpretação dos idosos frente a comunicação com os profissionais possui relatos divergentes, pois parte desses demonstraram-se satisfeitos com o vínculo estabelecido com a unidade, pela escuta, ofertas de cuidado e pactos firmados em prol da própria saúde. No entanto, outros discursos trouxeram a dificuldade de compreender as informações repassadas pelos profissionais através de explicações apresentadas por uma fala confusa, por vezes inacessível e desconexa entre os especialistas, mas também por diálogos que não ocorreram e que resistiram ao silêncio ou limitada conversa. Entre os aspectos, de toda forma, salientou-se a disponibilidade da equipe de saúde em apoiar os usuários.

Referente a descrição dos profissionais, relataram dificuldade em potencializar o cuidado dos idosos através da comunicação por razão da baixa escolaridade desses, outras

patologias associadas que restringem a cognição, a vulnerabilidade social e principalmente devido a insuficiência familiar, ao passo que nessa etapa do envelhecimento o ato de cuidar de si pode ser mais frágil, necessitando do suporte da família. Para melhorar a comunicação entre esses atores, os profissionais citaram a importância da família do idoso no acompanhamento, a inserção de outros profissionais na equipe, fortalecendo a prática multiprofissional, a criação de espaços para educação permanente aos funcionários e educação em saúde aos usuários, além da indispensabilidade de reinvenção da indústria farmacêutica na produção dos fármacos.

Durante as entrevistas também houveram dificuldades na comunicação com alguns usuários, demandando dos pesquisadores maiores explicações das perguntas, bem como resgate dos pontos principais questionados para melhor entendimento dos usuários.

Neste estudo, foi constatado que a comunicação entre os profissionais de saúde e idosos com doenças crônicas dessa ESF localizada na região central do Estado do Rio Grande do Sul é insuficiente, influenciando diretamente os usuários no desempenho do autocuidado, com fragilizado conhecimento dos idosos sobre suas condições de saúde, dificuldade na organização cotidiana para administração das medicações e déficit nos cuidados com a alimentação e com o próprio corpo.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L; BASTOS, P. R. H. O. Autocuidado do Idoso: revisão sistemática da literatura. **Revista Espacios**. Vol. 38 (Nº 28) Año 2017. Pág. 3. Disponível em: <<https://www.revistaespacios.com/a17v38n28/a17v38n28p03.pdf>>. Acesso em: 24 de Jan de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: DF, 2013. 28 p. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20\\_cuidado\\_pessoas%20\\_doencas\\_cr\\_onicas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cr_onicas.pdf)>. Acesso em: 15 de Abr de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: DF, 2006. 64 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes\\_mellitus\\_cab16.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus_cab16.pdf)>. Acesso em: 13 Maio de 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)>. Acesso em: 25 de Jan de 2021.

CÉU SÁ, M; OLIVEIRA, A. Compromisso do autocuidado em pessoas com doença crônica. **Investigação Qualitativa em Saúde//Investigación Cualitativa en Salud//Volume 2, Atas CIAIQ2017**. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/download/1270/1230>>. Acesso em: 18 de Jan de 2022.

COUTINHO, L. S. B; TOMASI, E. Déficit de autocuidado em idosos: características, fatores associados e recomendações às equipes de Estratégia Saúde da Família. **Interface** (Botucatu). 2020; 24 (Supl.1). Acesso em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.190578>>. Acesso em: 24 de Jan de 2022.

DUARTE, G. M, et al. Autocuidado para o controle das doenças crônicas em idosos: relato de experiência com enfoque no consumo de medicamentos. **Revista Capim Dourado: Diálogos em Extensão**, Palmas, v. 2, n. 3, p. 81-89, set.-dez. 2019. Disponível em: <<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/capimdourado/article/download/8385/16434/>>. Acesso em: 25 de Jan de 2021.

FRANCISCO, P.M.S.B, et al. **Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11):3829-3840, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/kYhRCLZZWpRz5qSsJvqrTXg/?lang=pt>>. Acesso em: 13 de Maio de 2021.

FREITAS, R. R. Participação familiar na saúde do idoso na Unidade de Saúde Tuiuti de Maringá - PR. 2017, 28 p. Trabalho de Conclusão de Residência (Especialização Multiprofissional na Atenção Básica) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2017. Disponível em:

<[https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/12919/1/Renata\\_Ramos\\_de\\_Freitas.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/12919/1/Renata_Ramos_de_Freitas.pdf)>.

Acesso em: 19 de Jan de 2022.

GOMIDES, D. S, et al. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. **Acta Paul Enferm.** 2013; 26(3):289-93. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/33wvfN3pN6VzDxnG39CYyLf/?format=pdf&lang=pt>>.

Acesso em: 19 de Jan de 2022.

LAMELA, D; BASTOS. A. Comunicação entre os profissionais de saúde e o idoso: uma revisão da investigação. **Psicologia & Sociedade;** 24(3): 684-690, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/7rvmbBwGBHzNL8RVG5Lcmr/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 17 de Jan de 2022.

LONGHI, M. P, et al. Comunicação entre usuários e trabalhadores de saúde em colegiados de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm,** Brasília 2013 jan-fev; 66(1): 38-45. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/JLhZN8X7bTGg7yfvvgcRX9k/?lang=pt&format=pdf>>.

Acesso em: 18 de Jan de 2022.

MALTA, D. C, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública.** 2017; 51 Supl 1:4s. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.20170510000901>>. Acesso em: 27 de Jan de 2022.

MATSUOKA, E. T. M, et al. A comunicação profissional de saúde-usuário(a) na doença renal crônica. **Revista Subjetividades,** 19(1): e7593, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/e7593/pdf>>. Acesso em: 21 de Jan de 2022.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. Disponível em:<[https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)>. Acesso em: 20 de Jan de 2022.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa.** São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017. Disponível em: <<https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>> Acesso em: 13 de Maio de 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Acesso em: 13 de Maio de 2021.

RÊGO, A. S; RADOVANOVIC, C. A. T. Adesão/vínculo de pessoas com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71(3):1093-100. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/kPx43BrTLdFvJQSKvNW7zd/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 18 de Jan de 2022.

SAMPIERI, R. H, et al. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013, 612 p. SBIBAE. 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. /Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 56 p. Disponível em: <<https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091212-nt-saude-do-idoso-planificasus.pdf>>. Acesso em: 25 de Jan de 2022.

SCHENKER, M; COSTA, H. D. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4):1369-1380, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/fjgYFRhV7s4Tgqvdf5LKBDj/?lang=pt>>. Acesso em: 17 de Jan de 2022.

SCHIMITH, M. D, et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, p. 479-503, nov.2011/fev.2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/SnJzCkTdDnWXqRyd9gt8njB/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 18 de Jan de 2021

SILVA, A. L, et al. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(6):1033-1045, jun, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/pDL9xpBNsSgqFfFBGPPYZhH/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 25 de Jan de 2021

SOUSA, J. R; SANTOS, S. C. M. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação**, Juiz de Fora: UFJF, v. 10, n. 2, p. 1396-1416, jul-dez.2020. DOI: <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>. Acesso em: 26 de Jan de 2022.

UNA-SUS; UFMA. **Redes de Atenção à Saúde: Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do Sistema Único de Saúde**. São Luís: EDUFMA, 2017. 89 p. Disponível em: <[https://www.unasus.ufma.br/wp-content/uploads/2019/12/isbn\\_redes03.pdf](https://www.unasus.ufma.br/wp-content/uploads/2019/12/isbn_redes03.pdf)>. Acesso em: 13 Maio. 2021.