

Percepção de idosos hipertensos sobre suas necessidades de saúde

THE PERCEPTION OF HYPERTENSIVE ELDERLY PATIENTS REGARDING THEIR HEALTH NEEDS

PERCEPCIÓN DE ANCIANOS HIPERTENSOS SOBRE SUS NECESIDADES DE SALUD

Maria José Sanches Marin¹, Flávio Henrique da Silva Santana², Maria Yvette Aguiar Dutra Moracvick³

RESUMO

Considerando a alta prevalência de hipertensão arterial em idosos, o presente estudo analisa a percepção dos mesmos sobre as suas necessidades de saúde, de forma qualitativa, a partir de grupos focais, com idosos usuários de Unidades de Saúde da Família. No processo de análise dos dados, que segue a perspectiva hermenêutico-dialética, elaboram-se três núcleos de sentido: *O reconhecimento da possibilidade de acesso à atenção básica concomitante ao desejo de consumo de serviços de maior complexidade e a compreensão das fragilidades do Estado; O vínculo e acolhimento como elemento fundamental no sentimento de amparo e segurança e a autonomia permeada pela tranquilidade em lidar com a doença e as dificuldades impostas pelas condições inerentes ao modo de vida dos sujeitos.* Compreende-se, assim, que a Estratégia Saúde da Família vem cumprindo o seu papel no que se refere ao acesso à porta de entrada e do vínculo profissional-usuário. No entanto, o cuidado à saúde continua centrado na doença.

DESCRIPTORIOS

Idoso
Hipertensão
Atenção à saúde
Saúde do idoso
Saúde da família

ABSTRACT

Considering the prevalence of arterial hypertension among the elderly, the present study analyzes their perception of health needs, in a qualitative way, from focal groups with elderly users of Family Health Units. Data analysis was performed according to the hermeneutic-dialectical perspective and resulted in three nuclei of meaning: *recognizing the possibility of having access to basic health care together with the desire to consume services of greater complexity and understanding the shortcomings of the State; attachment and welcoming as fundamental elements in the feelings of support and security and autonomy permeated by the tranquility to deal with the disease and the difficulties imposed by conditions inherent to the subjects' life style.* Therefore, it is understood that the Family Health Strategy has been complying with its role in terms of the access to the healthcare system and regarding the professional-user attachment. However, health care continues to be centered on the disease rather than the individual.

DESCRIPTORS

Aged
Hypertension
Health care
Health of the elderly
Family health

RESUMEN

Considerando la alta incidencia de hipertensión arterial en ancianos, este estudio analiza su percepción sobre las necesidades de salud, de forma cualitativa, a partir de grupos focales, con ancianos usuarios de Unidades de Salud de Familia. En análisis de datos, según perspectiva hermenéutico-dialéctica, se elaboran tres núcleos de sentido: *Reconocimiento de la posibilidad de acceso a atención básica concomitante al deseo de consumo de mayor complejidad y la comprensión de las fragilidades del Estado; Vínculo y recepción como elemento fundamental en el sentimiento de amparo y seguridad y Autonomía atravesada por la tranquilidad de lidiar con la enfermedad y las dificultades impuestas por las condiciones inherentes al modo de vida de los sujetos.* Se entiende así que la Estrategia Salud de la Familia viene cumpliendo su papel en el sentido de brindar accesos y del vínculo profesional-usuario. Mientras tanto, el cuidado de salud continúa centrado en la enfermedad.

DESCRIPTORIOS

Anciano
Hipertensión
Atención a la salud
Salud del anciano
Salud de la familia

¹ Enfermeira. Pós-Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo. Docente da Disciplina de Saúde Coletiva do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP, Brasil. marnadia@terra.com.br ² Graduanda do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília. Marília, São Paulo, Brasil. fh_santana@hotmail.com ³ Médica. Docente da Disciplina de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP, Brasil. somebody@terra.com.br

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa brasileira tem provocado alterações profundas na sociedade. Este impacto, que deverá ser ainda maior no futuro, é sentido na economia, no mercado de trabalho, nas relações familiares e no sistema de saúde. Projeções indicam que a população idosa representará em torno de 15% da população brasileira no ano de 2020, bem acima dos 4% que ocupava em 1940. O Brasil, em 2015, já será o sexto país do mundo em número de idosos⁽¹⁾.

As pessoas idosas apresentam fragilidades específicas do ponto de vista fisiológico, psicológico e social, decorrentes das perdas que ocorrem ao longo da vida e que as tornam susceptíveis às alterações no estado de saúde e seus problemas se caracterizam pela diversidade, cronicidade e complexidade.

Neste contexto de rápida mudança demográfica e de vulnerabilidade das pessoas idosas, coloca-se a necessidade de novas formas de organização dos serviços de saúde, os quais passam a lidar com um perfil epidemiológico que se caracteriza pelo predomínio de doenças crônico-degenerativas, exigindo uma assistência de longa duração, com ênfase no controle dos fatores de risco. Entre as doenças crônicas, as cardiovasculares constituem a principal causa de morte na pessoa idosa, pois podem gerar incapacidades, dependências e perda de autonomia, representando um alto custo econômico e social. Entre as doenças cardiovasculares, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais prevalente e aumenta progressivamente com a idade⁽²⁾.

Nos países das Américas e no Caribe, as doenças crônicas chegam a ser a causa de 75% dos óbitos, sendo que as doenças cardiovasculares são responsáveis por aproximadamente 30% delas. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 250.000 mortes por ano e a hipertensão arterial sistêmica participa de quase metade delas⁽³⁾.

Estudos epidemiológicos demonstraram que a elevação da pressão arterial aumenta a morbimortalidade cardiovascular, sendo que, com a redução dos níveis pressóricos sistólicos e/ou diastólicos, há importante redução da morbimortalidade cardiovascular⁽⁴⁾.

No Brasil, o Ministério da Saúde destaca que a prevalência estimada de hipertensão arterial (HA) é de 35% da população acima de 40 anos, o que representa, em números absolutos, um total de 17 milhões de portadores da doença. Entre os idosos, a prevalência é de 50% da população e cerca de 75% das pessoas recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento na Atenção Básica⁽⁵⁾.

A hipertensão arterial sistêmica é considerada o mais importante fator de risco cardiovascular modificável. Porém, a falta de controle adequado está associada a complicações bastante frequentes em idosos, como doença arterial coronariana, doença cérebro-vascular, insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência renal crônica, além de ser responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho⁽⁶⁾.

Neste contexto, a atenção à saúde do idoso hipertenso deve constar como prioridade dos serviços de atenção à saúde, especialmente na atenção básica, visando um controle adequado. Enfatiza-se que o cuidado dos idosos implica ofertar serviços cuja estrutura apresente características que possibilitem o acesso e o acolhimento de maneira adequada, respeitando as limitações e proporções relevantes que os idosos apresentam⁽¹⁾.

Na literatura, identificam-se poucos estudos que abordam a atenção à saúde do idoso na atenção básica, especialmente na Estratégia de Saúde da Família, pois trata-se de uma modalidade que apenas nos últimos anos vem sendo prioridade das políticas públicas⁽⁷⁾.

A consideração de como o idoso deve ser atendido pela rede de atenção básica à saúde remete-nos ao conceito de necessidades de saúde, que vem sendo colocado em pauta como uma forma de ampliar a visão do cuidado à saúde das pessoas, família e comunidade, com vistas à superação do modelo de atenção centrado nos aspectos biológicos e na cura das doenças.

Nesta perspectiva, destaca-se que, devido à amplitude do conceito de saúde proposto na institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações que respondem às necessidades de saúde deveriam incidir não só na doença, mas nos determinantes do processo de saúde/doença⁽⁸⁾. Acrescentam, no entanto, que no campo operacional os projetos de atenção à saúde têm associado necessidades de saúde ao consumo de um serviço de saúde, geralmente a consulta médica.

Pautando-se na visão ampliada de necessidades de saúde e visando maior compreensão do seu significado, utiliza-se de uma classificação das necessidades de saúde em quatro grupos abrangentes. Primeiro, são as *boas condições de vida*, pois o modo como se vive se traduz em diferentes necessidades, sendo os fatores externos responsáveis pela determinação do processo saúde/doença. Depois, traz o que diz respeito ao *acesso às tecnologias* que melhoram e prolongam a vida; neste caso, o valor determinado para cada tecnologia deve ser definido pela necessidade de cada pessoa, em cada momento. Os outros aspectos que foram explorados pelo autor são relacionados à *formação de vínculos* efetivos profissional ou equipe dos sistemas de saúde/usuário; este vínculo deve ser

A hipertensão arterial sistêmica é considerada o mais importante fator de risco cardiovascular modificável. Porém, a falta de controle adequado está associada a complicações bastante frequentes em idosos...

compreendido, neste momento, como uma relação contínua de confiança com profissional. O próximo âmbito sobre necessidades de saúde está ligado aos graus crescentes de *autonomia* que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, indo além da informação e da educação⁽⁹⁾.

A taxonomia das necessidades de saúde tem como função ajudar os trabalhadores/equipes/serviços/rede de saúde a fazer uma melhor escuta das pessoas que buscam *cuidados em saúde*, tomando suas necessidades como centro de suas intervenções e práticas⁽⁸⁾. Neste sentido, a necessidade representa o problema a ser solucionado.

Admite-se também que refletir sobre necessidades de saúde e no modo como se orienta o trabalho nesse campo requer a compreensão da criação e satisfação social das necessidades humanas e da relação do trabalho em saúde com o sistema de necessidades⁽¹⁰⁾.

Sendo assim, julgamos oportuno conhecer a percepção de idosos hipertensos sobre suas necessidades de saúde, com vistas a estabelecer estratégias de intervenções que venham ao encontro de suas próprias expectativas. Propõe-se, portanto, analisar a percepção de idosos hipertensos sobre as suas necessidades de saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo na modalidade qualitativa que foi realizado com idosos portadores de hipertensão arterial, residentes em áreas de abrangência atendidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Marília. A cidade de Marília está localizada na região Centro-Oeste do Estado de São Paulo e conta com uma população aproximada de 220.000 habitantes. Atualmente, o município conta com 31 Unidades de Saúde da Família (USF), que se constituem, em suas áreas de abrangência, a porta de entrada do sistema de saúde. Cada uma das unidades de saúde é responsável pelo enfrentamento de riscos e agravos à saúde que ocorram em sua área.

As Unidades de Saúde da Família do município, de maneira geral, cumprem com os requisitos mínimos necessários à sua implantação, conforme preconiza o Ministério da Saúde, em relação à estrutura física, composição da equipe mínima e desenvolvimento dos programas nacionais básicos, organização do trabalho em equipe centrado nas necessidades dos usuários discutidas em reuniões semanais e realização de reuniões com a comunidade mensalmente. As agendas se organizam em torno da demanda espontânea, com consultas marcadas com médico, dentista e enfermeiro, com visitas domiciliares aos usuários incapacitados e atividades grupais. Essas unidades são instaladas em áreas onde a população apresenta maior carência socioeconômica, atendendo aproximadamente 96.000 pessoas, o que representa por volta 44% da população de Marília.

Para a coleta dos dados foram sorteadas quatro USF, sendo uma de cada região da cidade, conforme segue:

Região Norte – USF Vila Nova; Região Sul – USF Santa Augusta, Região Leste – USF Aeroporto e Região Oeste – USF Jardim Marília.

Os dados foram coletados por meio da técnica de grupo focal, a qual possibilita a expressão da subjetividade dos sujeitos da pesquisa, manifestando suas vivências e experiências no campo em estudo através do relato verbal e discussões num grupo. Através desta técnica, pode-se, num curto intervalo de tempo, reunir um conjunto de pessoas para gerar, através da interação grupal, um volume de material com profundidade de conteúdo.

O grupo focal é uma técnica que permite a coleta de dados qualitativos de um determinado grupo que tenha algum traço em comum, estabelecendo-se, entre outros aspectos, uma homogeneidade por tema, interesse ou fenômeno a ser discutido. O grupo discute um determinado tema a partir de questões disparadoras, levantando vários aspectos sobre os mesmos, sendo os dados coletados a partir dessa discussão⁽¹¹⁾.

Seguindo as orientações para realização do grupo focal, cada sessão contou com um coordenador/facilitador com experiência na técnica, que conduziu as atividades do grupo, realizando as questões disparadoras para as discussões, mantendo o foco no objetivo da pesquisa, chamando o grupo para a questão em foco quando havia dispersão. A execução do grupo focal contou também com um moderador que se encarregou das gravações e do conforto dos participantes. Em todas as unidades, buscou-se acomodar os participantes em ambiente confortável e livre de interferências.

O grupo focal contou com as seguintes questões norteadoras: O que significa para você ser portador de hipertensão arterial? O que você considera necessário para cuidar adequadamente de sua saúde? O que você acha que o serviço de saúde deveria oferecer para que você possa cuidar melhor da sua saúde? As falas dos participantes foram gravadas em gravador digital, com posterior transcrição.

Para seleção dos participantes do estudo, realizou-se contato com as USF selecionadas e solicitou-se que cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) indicasse dois idosos hipertensos com condições físicas e cognitivas para participar do grupo focal, com data, hora e local previamente agendados. Desta forma, foi realizado um grupo focal por unidade selecionada, contando-se com a participação de oito a dez idosos hipertensos por grupo.

A análise dos dados foi fundamentada no olhar da análise hermenêutico-dialética, tendo como referência os princípios do *método de interpretação de sentidos*, os quais se voltam para a interpretação do contexto, das ações, das razões e das lógicas da falas, correlacionando os dados ao conjunto de inter-relações e conjunturas, dentre outros corpos analíticos⁽¹²⁾.

A partir dessa perspectiva, foi realizada a leitura compreensiva das narrativas contidas na transcrição dos gru-

pos focais com idosos hipertensos para identificação das regularidades e das vivências singulares, por meio dos sentidos subjacentes às ideias descritas nas falas. Por último, elaborou-se uma síntese interpretativa, ancorada no confronto dos pontos de vista e das expressões das experiências dos atores. Nessa síntese, foram incorporadas, de forma crítica, as interpretações dos autores sobre as interpretações produzidas pelos atores (idosos hipertensos), procurando trazer maior visibilidade à percepção sobre as suas necessidades de saúde.

Esta pesquisa contou com a autorização do Secretário Municipal de Saúde e com a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa que Envolve Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, protocolo n. 565/09. Todos os participantes, após receber os esclarecidos a respeito do propósito da investigação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Ao analisar o conjunto das narrativas dos idosos portadores de hipertensão arterial que participaram do grupo focal sobre suas necessidades de saúde, considerando o acesso, as boas condições de vida, o vínculo e a autonomia, foi possível elaborar os seguintes núcleos de sentido: *O reconhecimento da possibilidade de acesso à atenção básica concomitante com o desejo de consumo de serviços de maior complexidade e a compreensão de que existem fragilidades do estado; O vínculo e acolhimento como elemento fundamental no sentimento de amparo e segurança frente às necessidades de saúde e A autonomia permeada pela tranquilidade em lidar com a doença, em contrapartida às dificuldades impostas pelas condições internas/externas inerentes ao modo de vida dos sujeitos e à falta de conhecimento.*

DISCUSSÃO

O reconhecimento da possibilidade de acesso à atenção básica concomitante com o desejo de consumo de serviços de maior complexidade e a compreensão de que existem fragilidades do estado

Referindo-se ao acesso, os usuários entrevistados não clamam pela atenção básica, podendo-se acreditar que este serviço, em algum sentido, está a contento no seu papel, conforme se observa nas falas abaixo.

... às vezes o médico mede a pressão duas vezes por dia, não tenho o que reclamar nada do posto, eles é ótimo, adoro todo mundo aqui, não tenho reclamação (P1, fem., 69).

...eu não tenho o que falar, as meninas do posto aqui é muito gentil, atende a gente toda vez que a gente precisa... (P2, fem. 62).

No entanto, o acesso, enquanto um direito garantido pela constituição brasileira, não se limita a entrada no sis-

tema de saúde, pois as diretrizes também apontam para a universalidade e equidade neste acesso, que deve ocorrer sob a tutela do estado, com vistas a garantir a integralidade do cuidado.

Embora a ESF indiscutivelmente tenha contribuído com o acesso da população, especialmente àqueles com maior carência socioeconômica, revela-se, por outro lado, que o eixo relacionado à equidade de acesso a toda tecnologia disponível para melhoria das condições de vida e saúde ainda se constitui em utopia, uma vez que se encontra segmentado e desarticulado no âmbito interno do sistema público e da cadeia organizativa do sistema como um todo⁽¹³⁾.

Dá até dó, você fica em umas filas lá esperando seis meses para fazer um ultrassom pelo SUS, às vezes você demora um ano e a pessoa morre (P3, fem., 65).

A este respeito, foi considerado que a ESF deve ser incorporada a uma rede de serviços mais complexos, pois, de forma isolada, é incapaz de responder às necessidades de saúde dos usuários⁽¹⁴⁾. Destaca-se também a proposta de um sistema de saúde que funcione em círculo, eliminando-se as barreiras entre os diferentes níveis de atenção, ligados por estratégias de gestão, financiamento e informação em integração funcional, orientada por um sistema ágil e flexível, capaz de decisões e responsabilidades compartilhadas⁽¹⁵⁾.

Frente à incapacidade do sistema público de saúde em ofertar os serviços de forma a atender as necessidades da população, evidencia-se o desejo de consumo pelo setor privado como uma forma de se ter segurança no atendimento às necessidades de saúde.

Eu acho assim, que as pessoas da terceira idade têm que ter um plano de saúde, porque quem não tem tá ferrado (...) tem que chegar à velhice com um mínimo de segurança, porque a segurança tem quem compra um plano de saúde... (P4, fem., 71).

A situação de desamparo frente ao atendimento das necessidades de saúde parece mais intensa nos idosos, uma vez que ao longo da vida prestaram contribuição ao estado e, no momento em que se encontram em fase de vulnerabilidade nas condições de saúde, sofrem discriminação social e são desprovidos de garantias de sobrevivência justa.

...se ele quisesse ser bem atendido na área da saúde ele tem que pagar um convênio que é muito caro na idade dele que ele já tem 63 anos e para mim também então eu acho que o governo deveria ver essas coisas e pensar mais na população nos velhos (...) os velhos né, eles trabalham tanto na vida deles e ele deveria ter uma velhice tranquila. (P5, fem., 62)

A compreensão de que as necessidades de saúde são históricas e socialmente construídas e pré-requisito para uma vida autônoma dentro de uma sociedade que pressupõe criar cidadãos com vidas livres e emancipatórias, torna-se imprescindível a presença do Estado para garanti-la como um direito social⁽¹⁶⁾.

Retomando as falas dos sujeitos, localiza-se que o acesso encontra-se comprometido nas suas diferentes dimensões⁽¹⁷⁾. Do ponto de vista da dimensão econômica, ressalta-se a desigualdade em função do poder de compra dos usuários e o nítido desequilíbrio oferta/demanda. Referindo-se a dimensão técnica, a organização de uma rede hierarquizada de serviços deveria ser um dos dispositivos do planejamento para viabilizar o acesso da população aos diferentes níveis de atenção à saúde. Nesta perspectiva, as redes de assistência, por seus diferentes papéis e perfis, devem estabelecer mecanismos de referência e contrarreferência na busca da integralidade do cuidado⁽¹⁷⁾.

Embora os idosos estejam imbuídos da ciência do dever do estado e do direito do cidadão, na dimensão política do acesso aos serviços de saúde prevalece a consciência passiva em detrimento de uma consciência cidadã em prol da coletividade e revela-se a lógica privatizante que o modelo neoliberal impõe aos serviços de saúde.

Sob a ótica simbólica, compreende-se nas falas dos sujeitos que, se por um lado a ESF configura-se como um espaço de interação simbólica que permite a horizontalização das relações entre usuários e equipe e a formalização de vínculos, por outro lado, prevalece o desejo de consumo de tecnologias de maior complexidade. Nesta dimensão do acesso, revela-se que eles consideram como ideal uma assistência medicalizada e voltada para a queixa, caminhando, muitas vezes, na contramão de se imprimir mudanças no modelo de atenção com ênfase na promoção da saúde, embora o atendimento e a demanda também façam parte da agenda da ESF.

Pra mim o posto daqui tá sendo bom, graças a deus tá sendo bom, o que eu precisar, o que eu tô sentindo assim (...), eles vai e me dá o remédio, pra mim, tá servindo (P6, masc., 70).

...assim, se você precisa de um encaminhamento a gente vai lá (...) eu preciso de um encaminhamento mais rápido e sempre que eu preciso fazer uns exames meus encaminhamentos vêm rápidos (P7, fem., 60).

Esta acepção que se conforma pelas raízes históricas e culturais e é socialmente construída pelos sujeitos e grupos sociais também permeia as práticas desenvolvidas pelos profissionais no cotidiano dos serviços de saúde, pois estes tomam como base o sistema de crenças vigentes sobre o processo saúde/doença, que se encontra pautado no paradigma médico centrado⁽¹⁴⁾. Alerta-se, portanto, para a necessidade de uma escuta ampliada, pois muitas vezes as reais condições que necessitam de atenção encontram-se implícitas na queixa citada⁽⁹⁾.

O vínculo e acolhimento como elemento fundamental no sentimento de amparo e segurança frente às necessidades de saúde

Ao vislumbrar mudanças no modelo de atenção à saúde, o Ministério da Saúde propõe a ESF e define para o seu

direcionamento o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromissos e de responsabilidades entre população e profissionais de saúde⁽¹⁸⁾.

Nas falas dos idosos, confirma-se a existência de aproximação entre usuário e trabalhador de saúde, envolvendo afetividade, ajuda, respeito, confiança e corresponsabilidade. Frente a isso, é possível depreender a ocorrência do vínculo e que este é capaz de ampliar a eficácia das ações de saúde e favorecer a participação e envolvimento dos sujeitos na prestação de cuidado.

Eu também sou bem atendida aqui, porque eu moro um quarteirão só aqui, então eu falo assim: vai fazer 30 anos que eu tenho essa casa, e vou continua aqui, vou morre aqui (...) o dia que eu não puder vir no posto, eu sei que os médicos e enfermeiros vão lá, por que eles acompanham (P8, fem., 70).

É em casa quando elas veem que a gente não vem aqui no posto elas sempre vai lá na minha casa e Dona L como é que está a senhora, tá tomando os remédios eles pedem para que a gente sempre faça um controle (...) a gente chega aqui elas estão sempre prontas... (P9, fem., 75).

Neste sentido, mesmo que as contribuições da ESF para a efetiva mudança de modelo de atenção ainda não tenha acontecido da forma esperada, é possível constatar mudanças concretas nas relações, uma vez que os profissionais passam a compreender o usuário na sua integralidade, no seu contexto familiar e social e em diferentes situações vividas no cotidiano, distintamente das demais modalidades de atenção que coexistem no sistema de saúde.

Amplia-se, desta forma, a sensibilização pelo sofrimento do outro e o sentimento de responsabilidade pela vida, possibilitando uma intervenção compromissada com o sujeito que necessita de atenção.

Sendo o vínculo imanente às boas relações humanas, no cuidado em saúde, especialmente das pessoas idosas que demandam, na maioria das vezes, assistência prolongada, a *escuta ampliada* e o respeito às suas necessidades deve permear as relações usuários/profissionais. O contrário disso, conforme abordado por uma idosa participante do estudo, pode refletir no modo de lidar com as condições de saúde, pela falta de confiança e desvalorização da conduta adotada.

...muitas vezes, você chega no médico e vai tentar explicar sua situação. O que o médico fala: toma isso daqui e não quer nem saber (...) eu vou comprar um litro de 51 e vou deixar aqui e vou tomar uma dose, de manhã eu tomo uma dosinha meio dia eu tomo outra e tarde eu tomo outra quem sabe eu melhora, porquê não está resolvendo esses remédios, eu pegava remédio lá na farmácia do povo, parecia que tinha farinha. (P2, fem. 62).

Na busca de compreender a atenção integral na ótica dos usuários, demonstrou-se que a principal indignação em relação ao atendimento dos serviços de saúde refere-se à relação entre quem necessita de cuidados e quem

oferece o cuidado, fazendo supor que a relação profissional/usuário representa um elemento fundamental no contexto da atenção em saúde, muitas vezes superando as carências relacionadas à gestão dos serviços⁽¹⁹⁾.

Na proposição das políticas e diretrizes do SUS, o vínculo se constitui também em um eixo que responderia pela mudança de modelo, o que, na fala dos sujeitos, se manifesta na perspectiva da doença como o controle da pressão arterial, entrega de medicamentos e encaminhamentos aos serviços de maior complexidade.

Portanto, embora o vínculo estabelecido entre usuários e profissionais da equipe da ESF esteja consolidado, este parece enfatizar o enfrentamento da doença, já que são poucas as evidências que mostram um caminhar na lógica da promoção em saúde, especialmente se for considerado que, aos idosos hipertensos, são necessárias ações de promoção da saúde, haja vista que se encontram em uma fase da vida de grande vulnerabilidade.

A autonomia permeada pela tranquilidade em lidar com a doença, em contrapartida às dificuldades impostas pelas condições internas/externas inerentes ao modo de vida dos sujeitos e à falta de conhecimento

Referindo-se à pessoa idosa portadora de doença crônica, como é o caso da hipertensão arterial, é preciso considerar a necessidade do constante controle das suas condições de saúde e a necessidade de mudanças de hábitos e estilos de vida, com vistas à manutenção da qualidade de vida, sendo desejável que ela adquira autonomia para gerir o próprio cuidado.

Ao se considerar que a autonomia, na sua acepção mais ampla, *refere-se à capacidade do sujeito de imprimir orientação às suas ações, por si mesmo, e com independência*⁽²⁰⁾, na construção de um modelo em consonância com o conceito ampliado de saúde, subentende-se possibilitar ao sujeito a condução da sua própria vida de forma sustentável e perene.

Para alguns dos idosos entrevistados, ser portador de hipertensão arterial é encarado como uma condição que não traz sofrimento ou desgaste, pois os cuidados foram incorporados ao seu cotidiano de forma consciente.

Eu faço o meu serviço tomo meus remedinhas direitinho; eu sou consciente dessa pressão já tem 20 anos... (P10, fem., 61)

Depois que eu me conscientizei na alimentação começou a ser 12 por 8, 12 por 7, graças a deus consegui perder 22 quilos, por que eu tinha que perder alguns quilos (P9, fem., 75).

Eu não passo do limite, inclusive a noite eu não janto, eu tomo ali um leitinho, uma bolachinha de água e sal, e pronto, às vezes um chazinho e pronto, e tomo meu medicamento todos os dias, adoro pescar, isso é 15, 20 dias na beira d'água pescando, isso que me diverte muito, depois que eu comecei a fazer isso eu melhorei 90% (P3, fem., 65).

Pode-se entender por autonomia, além da capacidade do paciente conhecer e decidir sobre sua terapêutica, a influência que o estado de saúde tem na sua vida. Evidencia-se na fala dos idosos que o controle sobre o seu estado de saúde possibilita uma vida saudável e livre de dependências.

Tendo por referência estas reflexões, entende-se que o idoso tem como necessidade receber uma assistência pautada na integralidade e na promoção da saúde e o profissional responsável pelo seu atendimento deve ser capaz de acolher, em uma relação de abertura, compreensão e confiança, para que o idoso tenha condições de compartilhar suas preocupações e anseios, o que muitas vezes se traduz na sua real necessidade de saúde⁽²¹⁾.

Embora os idosos manifestem a possibilidade de levar a vida de forma autônoma e tranquila, também expressam dificuldades em lidar com situações cotidianas que interferem nas suas necessidades de saúde.

...é a natureza da gente né, às vezes eu fico assim meio nervosa por que mistura uma coisa com a outra (...) ela sobe por qualquer coisinha se tiver tudo bom, se não tiver, uma adoeção da família... (P11, fem., 63).

...dentro da minha casa já tem muito exercício (...) o serviço doméstico (...) pra ainda ter que fazer caminhada e tudo esses negócios assim (P12, fem., 54).

Se eu como eu engordo, se não como engordo, então... (P13, fem., 56)

Você vai ver um churrasco e não vai comer... (P12, fem., 54)

As tensões psicológicas e sociais podem apressar as deteriorações associadas ao processo de envelhecimento. Portanto, a habilidade pessoal de se envolver e de encontrar significado para viver influencia as transformações biológicas e de saúde que ocorrem na velhice⁽²²⁾ e, relacionado a isso, a hipertensão muitas vezes representa a tradução de um contexto de vida, frente ao fato de que o idoso precisa ser incentivado e apoiado para o enfrentamento da situação.

Na construção da autonomia de cada pessoa, a informação e educação em saúde são inerentes ao processo, implicando na possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida, e esta resignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a busca pela satisfação de suas necessidades⁽⁹⁾.

Considerando a educação em saúde um construto da autonomia dos sujeitos, vale ressaltar ser esta uma intervenção ainda não totalmente explorada pela ESF, uma vez que os idosos hipertensos também manifestam desconhecimento de cuidados que deveriam estar implícitos na atenção ao idoso portador de hipertensão arterial.

Por que a pressão da gente sobe, eu queria saber isso? (...) É proibido pelos médicos comer carne de vaca, carne de porco, né... Por que é proibido comer carne de vaca? (P12, fem., 54).

Só uma pergunta, tem a ver alguma coisa da diabete com a pressão, elas duas uma prejudica a outra ou uma puxa a outra, a diabete faz a pressão subir, a pressão alta faz a diabete subir também, por que esses problemas têm uma coisa a ver com a outra ou não? (P6, masc., 70).

Salienta-se, frente a tais dificuldades, que faltam espaços onde as dúvidas possam ser sanadas de forma que a tranquilidade no modo de levar a vida seja obtida, assim como ocorre com aqueles idosos já conscientes dos cuidados necessários, que conseguem manter a saúde e prolongar a vida de forma saudável.

CONCLUSÃO

Na busca de compreender as necessidades de saúde dos idosos hipertensos, sob a ótica de um conceito ampliado de saúde e da atual política de saúde, tem-se a reafirmação da complexidade que isso representa e dos desafios impostos aos gestores e trabalhadores da saúde, bem como à população em geral.

No que se refere ao acesso, embora os idosos declarem ter fácil acesso à atenção básica, ainda estão distantes de conseguir atendimento de maior complexidade a que tem direito e que muitas vezes são imprescindíveis para uma vida saudável e autônoma.

REFERÊNCIAS

1. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Cien Saúde Coletiva*. 2006;11(3):657-67.
2. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev Latino Am Enferm*. 2002;10(6):757-64.
3. Miranda RD, Perrotti TC, Bellinazzi VR, Nóbrega TM, Cnedoroglo MS, Toniolo Neto J, et al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. *Rev Bras Hipertens*. 2002;9(3):293-300.
4. Borelli FAO, Sousa MG, Passarelli Junior O, Pimenta E, Gonzaga C, Cordeiro A, et al. Hipertensão arterial no idoso: importância em se tratar. *Rev Bras Hipertens*. 2008;15(4):236-9.
5. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica. Brasília; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 15).
6. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. 3º Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 1999;43(4):257-86.
7. Marin MJS, Bazaglia FC, Massarico AR, Silva CBA, Campos RT, Santos SC. Social demographic characteristics and the elderly care after hospital discharge in the family health system. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2011 Feb 15];44(4):962-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/en_15.pdf
8. Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface Comun Saúde Educ*. 2007;11(23):605-18.
9. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integridade e equidade em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006. p.115-28.
10. Mandu EN, Almeida MCP. Necessidades de saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 1999;52(1):54-66.
11. Morgan DL. *Planning focus groups*. Thousand Oaks: Sage; 1998. (Focus Group Kit, 2).
12. Gomes R. Organização, processamento, análise e interpretação dos dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis G, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p.185-221.

-
13. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(3):815-23.
 14. Merhy EE. E daí surge o PSF como uma continuidade e um aperfeiçoamento do PACS. *Interface Comun Saúde Educ*. 2001;5(9):147-9.
 15. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Pública*. 1997;13(3):469-78.
 16. Doyal L, Gough I. *Teoria de las necesidades humanas*. Barcelona: Icaria; 1994.
 17. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(1):161-70.
 18. Brasil. Ministério de Saúde; Secretaria de Assistência à Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília; 1997.
 19. Guizardi FL, Pinheiro R. Quando a dívida se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005. p. 34-56.
 20. Sant'Ana RB. Autonomia do sujeito: as contribuições teóricas de G. H. Mead. *Psicol Teor Pesqui*. 2009;25(4):467-77.
 21. Lima CA, Tocantins FR. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(3):367-73.
 22. Mendes MRSSB, Gusmão JL, Faro ACM, Leite RCBO. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consolidação. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(4):422-6.