

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS DE AUTO-CUIDADO
TERAPÊUTICO EM MULHERES IDOSAS E DE SUA COM-
PETÊNCIA PARA SATISFAZÊ-LAS.

ANGELA MARIA ALVAREZ

FLORIANÓPOLIS

1990

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

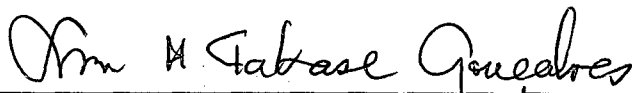
DISSERTAÇÃO

TÍTULO: IDENTIFICAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS DE AUTO-CUIDADO
TERAPÊUTICO EM MULHERES IDOSAS E DE SUA COM-
PETÊNCIA PARA SATISFAZÊ-LAS.

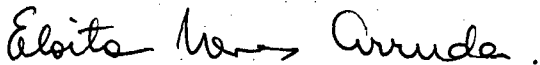
Submetida à Banca Examinadora para obtenção do
grau de Mestre em Enfermagem.

ANGELA MARIA ALVAREZ

Aprovada em:



Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves
Presidente



Dra. Eloita Neves Arruda
Examinadora



Dra. Lygia Palm Muller Dias
Examinadora

ORIENTADORAS: Dra. ELOITA NEVES ARRUDA
(fase inicial)

Dra. LUCIA HISAKO TAKASE GONÇALVES
(fase subsequente)

Dedico este trabalho a todas as pessoas idosas que têm participado da minha vida profissional e contribuído com o meu desenvolvimento, enquanto enfermeira e ser humano.

AGRADECIMENTOS

Muitas foram as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa. Entretanto, algumas delas não somente, participaram efetivamente do estudo, como também subsidiaram com contribuições fundamentais para o seu desenvolvimento. A todas elas o meu agradecimento, e um agradecimento especial:

. aos moradores do Centro Vivencial para Pessoas Idosas, que carinhosamente me receberam em sua casa e sem restrições, contribuíram voluntariamente com esta pesquisa;

. à Professora Doutora Eloita Neves Arruda pela orientação e incentivo recebidos na fase inicial deste estudo contribuindo para a concepção do marco conceitual e o projeto da pesquisa.

. à Professora Doutora Lúcia Hisako Takase Gonçalves pela orientação na finalização deste trabalho e pelas palavras animadoras e afetivas, nos momentos difíceis;

. à Professora Doutora Ingrid Elsen pela orientação e colaboração recebidas durante a fase de coleta e organização de dados.

. à Direção do Centro Vivencial para Pessoas Idosas que, respeitando-me como profissional, abriram suas portas e permitiram a realização desta pesquisa;

. aos docentes do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pela parcela com que cada um a seu modo contribuiu para o meu crescimento;

. aos meus colegas do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá pelo incentivo e pela colaboração para que este estudo chegasse ao seu final;

. à minha família e amigos, pelo estímulo e dedicação recebidas durante todo o curso de mestrado, e;

. aos órgãos financiadores, CAPES e CNPq, pela provisão de bolsa de estudo.

R E S U M O

Este estudo teve por objetivo identificar as exigências de auto-cuidado terapêutico de mulheres idosas e o nível de competência para o auto-cuidado de cada uma delas em atender a tais exigências.

Para tanto foi desenvolvido um marco conceitual baseado na Teoria do Auto-Cuidado de Dorothea E. Orem e nos conhecimentos a respeito da pessoa idosa. A partir desse marco elaborou-se um instrumento para coleta de dados, com a finalidade de identificar exigências de auto-cuidado terapêutico em suas diferentes modalidades (universal, de desenvolvimento e de desvio de saúde), assim como determinar as ações desenvolvidas por estes idosos para atender às exigências identificadas.

As ações de auto-cuidado foram classificadas de acordo com níveis de desenvolvimento (inefetivo, estimativo e produtivo), definindo-se assim as tendências para o auto-cuidado de cada idosa participante do estudo.

Após análise dos dados o resultado obtido revelou três sub-grupos de mulheres idosas (I,II e III), apresentando diferentes níveis de competência no atendimento às suas exigências de auto-cuidado.

S U M M A R Y

The purpose of this study was to identify the demands of elder women therapeutic self-care and their level of competence to attend such demands.

It was developed a conceptual framework based on Dorothea E. Orem Theory of Self-Care and the knowledge about elderly. From this framework, it was created an instrument for data collection to identify demands of therapeutic self-care in its different modalities (universal, developmental and of health-deviation), as well as to determine the actions developed by these elderly, to attend the identified demands.

The self-care actions were classified according to development levels (ineffective, estimative and productive), defining the tendence of each elder self-care in this study.

The results revealed three distinctive subgroups of elder women (I,II,III) presenting different competence levels when meeting their own demands of self-care.

SUMÁRIO

CAPÍTULO	Página
I - INTRODUÇÃO.	1
Problema	
Objetivos	
Definição de Termos	
Marco Conceitual	
II - REVISÃO DE LITERATURA	15
Saúde e Envelhecimento	
Enfermagem Gerontológica no Brasil	
Auto-Cuidado Aplicado a Idosos	
III - METODOLOGIA	39
Tipo de Pesquisa	
Local da Pesquisa	
Relação Pesquisadora e Sujeito da Pesquisa	
População e Amostra	
Proteção aos Direitos dos Sujeitos	
Procedimento de Coleta de Dados	
IV - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69
Apresentação dos Dados	
Apresentação dos Resultados	
V - CONCLUSÃO, IMPLICAÇÕES, LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	121
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	130
ANEXOS.	138
I - Instrumento para Identificação de Exigências de Auto- Cuidado Terapêutico em Indivíduos Idosos (IEATI).	
II - Autorização para utilização do nome do Centro Vivencial para Pessoas Idosas nesta pesquisa.	

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Na atualidade uma das mais importantes mudanças que vêm ocorrendo no desenvolvimento da humanidade é a mudança na estrutura populacional mundial. Esta se deve principalmente a um fenômeno inédito chamado de envelhecimento demográfico. Consta-se que tal fenômeno traz consigo mudanças nas áreas sociais, econômicas e culturais, que, devido à dinâmica do desenvolvimento humano, ainda não podem ser completamente entendidas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1984), são estes principalmente os fatores que contribuem para o aumento proporcional de idosos na população: a) a queda das taxas de natalidade, provocada pelas mudanças no comportamento reprodutivo das populações dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, resultando numa redução do número de jovens; e b) o aumento na esperança de vida das pessoas, levando a uma redução da taxa de mortalidade.

Órgãos internacionais, preocupados com o impressionante envelhecimento das populações e baseados em projeções estatísticas, alertam que até o próximo século o número de pessoas com idade acima de 60 tem aumentado em quase sete vezes, entre 1950 a 2025. As projeções estatísticas destacam os diferentes ritmos de crescimento do número de idosos entre os países mais desenvolvidos e menos desenvolvidos. O envelhecimento populacional será mais evidenciado nos países em que, na atualidade, a base da pirâmide populacional é formada principalmente de jovens, que é uma das características dos países menos desenvolvidos. Portanto caberá a estes países, a partir do ano 2000, 72% da população mundial de idosos (UNESCO, 1982; OMS, 1984; ONU, 1986).

Os estudos de Péres (1985) e Jiménez-Castro (1985) sobre o envelhecimento populacional, no Caribe e América Latina, procuram mostrar as alterações nas taxas de natalidade e mortalidade nas duas últimas décadas. Os autores demonstram através de projeções para o ano 2000, um aumento de 17,2% de idosos no total da população e discutem as implicações sócio-econômicas decorrentes desta transição epidemiológica.

A modificação da pirâmide populacional na América Latina será muito rápida, o que leva estudiosos a se preocuparem com o nível de pobreza hoje observado nestes países. Como consequência do crescimento vertiginoso do número de idosos, serão afetados não somente indivíduos mas também as comunidades. Enfrentar esse crescimento representa um desafio para as áreas sociais e tecnológicas dos países em desenvolvimento. Baseado nos índices de envelhecimento projetados pela ONU (1986), o prolongamento da vida e a queda da natalidade levarão o Brasil nos próximos 40 anos a ser o país mais envelhecido do continente Latino-Americano, considerando o número de idosos com mais de 60 anos no conjunto da população brasileira.

Salgado (1982) discute os reflexos dos contrastes existentes em países como o Brasil, onde a realidade do aumento da esperança de vida proporcionado pelo desenvolvimento tecnológico ocorre mas existe ainda a manutenção de uma velhice sub-desenvolvida em decorrência das carências habitacionais, nutricionais, sanitárias e educacionais da população.

Outros autores como Bosi (1979), Amâncio (1975), Fernandes (1985), Salgado (1982 e Magalhães (1987), afirmam que o comprometimento da qualidade de vida e a marginalização do idoso decorrem da forma de produção da sociedade moderna. As mudanças tecnológicas impostas pelo desenvolvimento ocorrem constantemente e o conhecimento e a habilidade do indivíduo mais velho tor-

na-se desatualizado, exigindo sempre novos elementos recém-treinados. Esta marginalização, impede o idoso de tomar decisões e de integrar-se à sociedade, provocando problemas como, o distanciamento entre as gerações, que por sua vez contribuem para o surgimento do preconceito e da discriminação do idoso.

Em nossa sociedade, a crença predominante é a de que os idosos são indivíduos incapacitados para o trabalho, para o lazer e até mesmo para o amor, favorecendo uma atitude de distanciamento e desvalorização da pessoa idosa. Entre as teorias sociais sobre o envelhecimento com esta visão temos a do retraimento social, desenvolvida por Cominings e Henry em 1961 e citados por Mishara e Riedel (1986). Os autores defendem a idéia de que o indivíduo idoso deixa pouco a pouco de estar na vida da sociedade e esta lhe oferece cada vez menos possibilidade para isto. Este processo de alienação do indivíduo idoso pode ocorrer em função de: a) mudanças culturais; b) separação e distância de entes queridos e c) desenvolvimento tecnológico e urbano que não contemplam o homem idoso, fazendo com que todos os seus conhecimentos e valores sejam vistos pela sociedade como ultrapassados. Além destes, ainda outros fatores que estão intimamente relacionados ao processo de envelhecimento contribuem para sua introspecção, isolamento e dependência: a) alterações dos órgãos dos sentidos; b) alterações no sistema músculo esquelético; c) alterações no sistema tegumentar; d) alterações no sistema imunológico; e) condições sócio-ambientais; f) recursos financeiros e g) estigmas e preconceitos em relação a velhice.

O Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, esboçado em consequência da Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento em Viena - 1982, visa orientar os países na solução dos problemas criados pelo rápido aumento do número de pessoas idosas em todo o mundo. Este plano de ação prevê principalmente me-

didadas de promoção da velhice através da recuperação de seu valor dentro da sociedade e a manutenção da qualidade de vida do idoso através de programas de alimentação, habitação, educação, assistência à saúde e segurança financeira. Todas as medidas do plano de ação objetivam promover recursos que favoreçam maior independência da pessoa idosa.

A partir da Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, a Organização Mundial de Saúde vem apoiando estudos que visem identificar tanto as incapacidades como as potencialidades da população idosa, com o objetivo de orientar a implementação de modelos assistenciais adequados. Os documentos dessa Organização, que enfocam a pessoa idosa, contêm recomendações de programas preventivos com base na participação comunitária e na educação para a saúde. Tais modelos visam principalmente à promoção da autonomia da pessoa idosa. A publicação intitulada "Protecting the health of the elderly" (1983), destaca o papel da enfermagem no planejamento e na provisão de cuidados junto a pessoas idosas nos diversos níveis de atenção à saúde.

Em enfermagem, uma das metodologias assistenciais voltadas para valorizar a autonomia e capacidade dos indivíduos em tomar decisões sobre sua vida e seu próprio bem estar, tem suporte na Teoria de Auto-Cuidado desenvolvida por Orem, ela conceitua auto-cuidado como sendo "a prática de atividades que indivíduos pessoalmente iniciam e desempenham em seu próprio benefício para manter a vida, saúde e bem-estar" (Orem, 1985, p.84).

Baseando-se na Teoria do Auto-Cuidado de Orem, outros autores como: Sullivan (1979), Lantz (1981) e Bower & Patterson (1986) defendem o desenvolvimento de uma assistência que incentive os idosos pelo seu próprio cuidado.

Os estudos de Kastembaum (1979); Mishara & Riedel (1986) e Pelicer (1985) desmistificam a questão relacionada ao

processo do envelhecimento e o declínio da capacidade intelectual. Desta forma, o estigma de que a pessoa idosa seja incapacitada, não pode ser totalmente aceito, pois as limitações decorrentes do envelhecimento são alterações orgânicas e funcionais que podem ser perfeitamente superadas ou adaptadas ao estilo de vida de cada pessoa. Por isso acredita-se que sejam necessários estudos mais aprofundados acerca das reais potencialidades e limitações da pessoa idosa.

Neste sentido a Teoria do Auto-Cuidado proposta por Orem (1985) vem aprofundar o conhecimento sobre as exigências (necessidades) e a competência (capacidade ou poder) dos indivíduos para se auto-cuidarem. Inclusive esta teoria adaptada e aplicada ao indivíduo idoso poderá fornecer embasamento filosófico e metodológico que contribuirá na mudança das atuais crenças e valores com relação ao cliente idoso. Desta forma, este estudo, baseando-se na Teoria do Auto-Cuidado, busca tipificar exigências e competência da pessoa idosa face ao seu auto-cuidado, identificando as exigências de auto-cuidado terapêutico e o poder das pessoas idosas para atenderem a si mesmas.

Problema

Quais são as exigências de auto-cuidado terapêutico da mulher idosa e qual é a sua competência para atender a tais exigências?

Objetivo

O objetivo deste estudo é identificar as exigências de auto-cuidado terapêutico de pessoas idosas, bem como sua competência para auto-cuidar-se.

Definição de Termos

Exigências de Auto-Cuidado Terapêutico

Definição teórica: são as necessidades a nível de auto-cuidado universal, de desenvolvimento e de desvio de saúde e que requerem ações de auto-cuidado. Com relação ao idoso as exigências a nível de auto-cuidado universal são: a) insuficiente entrada de ar; b) inadequada ingestão hídrica; c) alimentação inadequada; d) cuidados insuficientes associados a eliminação e excreção; e) desequilíbrio entre atividade e repouso; f) desequilíbrio entre estar só e interagir socialmente; g) riscos à vida e ao bem-estar e h) inadequado funcionamento e desenvolvimento (adaptado de Orem, 1980). As exigências terapêuticas a nível de desenvolvimento no idoso são: a) inadaptação à velhice; b) inadaptação à aposentadoria; c) perda de papéis sociais; d) luto; e) mudança de residência e f) perda da identidade. As exigências terapêuticas a nível de desvio de saúde no idoso são: a) processos patológicos já instalados; b) situações de diagnóstico ou tratamento e c) exigências associadas às incapacidades.

Definição operacional: são as exigências de auto-cuidado identificadas e descritas no Instrumento para a Identificação das Exigências de Auto-Cuidado Terapêutico em Indivíduos Idosos. (IEATI), elaborado pela autora para este estudo.

Competência para o Auto-Cuidado

Definição teórica: é a capacidade, desenvolvida ou em desenvolvimento, de um indivíduo para desenvolver em ações de auto-cuidado (adaptado do Nursing Development Conference Group, 1979).

Definição operacional: a definição operacional da competência para o auto-cuidado será representada pelas ações de auto-cuidado desenvolvidas ou em desenvolvimento relatadas pelos idosos e descritas no IEATI.

Marco Conceitual

O referencial teórico que apóia este estudo é o conceito de envelhecimento relacionado à Teoria do Auto-Cuidado de Dorothea E. Orem (1980; 1985). Entende-se neste estudo que o envelhecimento faz parte do processo de evolução do ser humano, que ocorre desde o nascimento até a morte, caracterizado por mudanças biológicas e psicológicas que resultam em novas formas de relação com o meio. Auto-cuidado é definido por Orem (1985), como "a prática de atividades que indivíduos pessoalmente iniciam e desempenham em seu próprio benefício para manter a vida, saúde e bem-estar", (p.84).

Para a pessoa idosa que tem uma experiência vivida maior do que uma pessoa mais jovem, acredita-se que sua relação com o ambiente possa ser muito positiva. As alterações decorrentes do processo de envelhecimento levam a pessoa idosa a modificar sua relação com o ambiente e as trocas (idoso-ambiente) tomam características particulares, sem necessariamente diminuir sua ação reguladora. Desta forma considera-se, no estudo, que o idoso vem se utilizando de diversas formas de troca com o meio que lhe tem possibilitado experienciar o potencial de auto-domínio e conseqüentemente desenvolver ações de auto-cuidado.

O auto-cuidado, segundo Orem (1985), pode existir sob três formas: a) auto-cuidado universal; b) auto-cuidado de desenvolvimento e c) auto-cuidado de desvio de saúde. O auto-cuidado universal é definido por Orem (1980) como sendo a demanda de ações comuns a todos os seres humanos durante os estágios dos ciclos da vida, ajustados à idade, estado desenvolvimental e fatores ambientais. Oito requisitos, representando as ações humanas que proporcionam as condições internas e externas para manter a estrutura e funcionamento humano, fazem parte do auto-cuidado universal, sendo eles: a) manter suficiente entrada

de ar; b) manter suficiente entrada de líquidos; c) manter adequada ingestão de alimentos; d) manter cuidados associados ao processo de eliminação e excreção; e) manter equilíbrio entre atividade e descanso, f) manter equilíbrio entre estar só e interagir socialmente; g) prevenir riscos à vida e ao bem-estar e h) promover o funcionamento e desenvolvimento normal. O auto-cuidado de desenvolvimento são ações que visam atender às exigências de auto-cuidado que ocorrem durante determinadas etapas do desenvolvimento humano ou ainda às exigências derivadas de uma condição ou associadas a um evento (Orem, 1980). O auto-cuidado de desvio de saúde, por sua vez, são ações que objetivam atender às exigências que existem para as pessoas que estão enfermas, sujeitas a uma patologia, incluindo defeitos e incapacidades e para aquelas que estão sob diagnóstico ou tratamento. Neste sentido, o auto-cuidado da pessoa idosa são as ações que visam atender às necessidades básicas comuns a todos os indivíduos e às necessidades específicas de desenvolvimento e de desvio de saúde decorrentes do processo de envelhecimento.

Exigências de auto-cuidado terapêutico são entendidas como sendo as necessidades a nível de auto-cuidado universal, de desenvolvimento e de desvio de saúde e que requerem ações de auto-cuidado, caracterizando-se desta forma, como exigências de auto-cuidado terapêutico do tipo universal, de desenvolvimento e de desvio de saúde.

O primeiro tipo, exigências de auto-cuidado universal, relaciona-se às necessidades de manutenção de suficiente entrada de ar, água e alimento, que ganham maior especificidade em se tratando do organismo do idoso, no qual se acentuam mudanças como: a) alterações morfológicas e funcionais; b) alterações do perfil hidroeletrolítico; c) redução no metabolismo basal e d) incidência de doenças crônicas que comprometem e exigem ade-

quações no atendimento a estas necessidades. Fazem parte também das exigências de auto-cuidado terapêutico universal ainda, as necessidades relacionadas a eliminações, que se modificam em decorrência do processo de envelhecimento, exigindo muitas vezes adaptações do modo de vida às atuais capacidades do organismo do idoso. As exigências relacionadas ao desequilíbrio entre atividade e descanso e o desequilíbrio entre estar só e interagir socialmente, que têm a finalidade de controlar o gasto de energia e favorecer os estímulos ambientais e sociais, no indivíduo idoso podem ocorrer de forma diferente que nas demais faixas etárias. No que se refere às exigências de auto-cuidado terapêutico universal do idoso, tanto as alterações biológicas como os valores e atitudes adquiridos durante toda uma vida devem ser considerados diante dos valores e hábitos da sociedade de hoje.

O segundo tipo são as exigências de auto-cuidado terapêutico de desenvolvimento, que, com relação à pessoa idosa, podem estar associadas a: a) adaptação à velhice; b) adaptação à aposentadoria; c) perda de papéis sociais; d) luto pela perda de entes queridos; e) perda da identidade e f) mudança de residência. Todas estas ocorrências podem provocar exigências de auto-cuidado que, quando não atendidas, resultam em desequilíbrios que colocam em risco o estado de normalidade e podem ainda acarretar desvios de saúde.

O terceiro tipo são as exigências de auto-cuidado terapêutico de desvio de saúde, estas decorrem de: a) processos patológicos; b) incapacidade e c) situações de diagnóstico ou tratamento. O atendimento de exigências a nível de auto-cuidado terapêutico universal, de desenvolvimento e de desvio de saúde dependem da competência do indivíduo idoso para o auto-cuidado.

Competência para o auto-cuidado, segundo Orem (1985), "é a habilidade complexa adquirida para satisfazer as necessida-

des descontinuadas de uma pessoa com relação ao cuidado que regula os processos da vida, mantém ou promove a integridade da estrutura, funcionamento e desenvolvimento" (p. 105). Para a autora, tal habilidade requer tanto o aprendizado como o uso do conhecimento já existente, além de persistente motivação e habilidade. Os membros do NDCG (1979) definem a competência para o auto-cuidado como sendo um poder ou capacidade de um indivíduo para o engajamento em tipos específicos de ação. Três sub-conceitos da competência para o auto-cuidado foram identificados pelo NDCG (1979), sendo eles: a) o poder ou capacidade para o auto-cuidado; b) operações estimativas de auto-cuidado e c) operações produtivas de auto-cuidado. Os sub-conceitos inter-relacionam-se e as operações estimativas e produtivas de auto-cuidado são determinantes do poder ou capacidade do indivíduo para o auto-cuidado.

No final da sua exposição sobre a competência para o auto-cuidado, os membros do NDCG (1979) concluem existirem três tipos de operações de auto-cuidado, as estimativas, as transicionais e as produtivas. Tais operações são definidas da seguinte maneira: a) operações estimativas, são do tipo investigativa, e o indivíduo, nesta fase, busca e usa conhecimentos empíricos sobre si mesmo e sobre o ambiente, a fim de emitir um julgamento; b) operações transicionais, ocorrem em uma fase entre as operações estimativas e as produtivas. Estas operações baseiam no conhecimento, experiência de vida e valores do indivíduo em relação às necessidades e à disponibilidade de auto-cuidado. Nesta fase ocorrem o julgamento e a decisão do indivíduo sobre o que deverá ser feito, e c) operações produtivas - são as que efetivamente já estão sendo realizadas pelo indivíduo a fim de atender às exigências de auto-cuidado terapêutico.

Neste sentido, a competência do indivíduo idoso para

o auto-cuidado foi compreendida como sendo a capacidade desenvolvida ou em desenvolvimento, de um indivíduo, para desenvolver ações de auto-cuidado. Neste estudo convencionou-se ainda utilizar o termo "ações de auto-cuidado" para referir-se às operações de auto-cuidado, por se entender que os termos são sinônimos e que os termos: "ações de auto-cuidado desenvolvidas" e "ações de auto-cuidado em desenvolvimento" podem retratar mais claramente o conceito de competência para o auto-cuidado do indivíduo idoso.

Baseando-se nos estudos do NDCG, sobre a competência para o auto-cuidado, considerou-se para o atual estudo, que as operações estimativas e transicionais fazem parte de um único grupo, por caracterizarem-se como ações em desenvolvimento. Sendo portanto, estes dois tipos de operações englobadas em uma única classificação: ações estimativas. Foi acrescentado também uma outra classificação, a das ações inefetivas para se verificar a não produção, por parte dos idosos, de ações de auto-cuidado. Resultando então, nos seguintes tipos de ações de auto-cuidado: a) inefetivas - quando não ocorre a ação ou seja inexistência de ações de auto-cuidado ou ações completamente inadequadas à exigência em questão; b) estimativas - ações de auto-cuidado ainda em fase de investigação ou planejamento e c) produtivas - ações de auto-cuidado efetivamente realizadas pelos indivíduos.

Com base nos estudos sobre componentes da competência para o auto-cuidado de Backscheider (1974); Kearney & Fleisher (1979); Orem (1980); Denyes (1980); Neves (1980) e Gast (1983), definiu-se para este estudo os elementos que parecem estar mais intimamente relacionados à questão do envelhecimento, destacando os seguintes componentes: cognitivo, afetivo, físico e sócio-ambiental. O componente físico da competência do indivíduo idoso

está relacionado às suas funções locomotoras, e a energia de que o organismo dispõe para realizar ações de auto-cuidado. O componente cognitivo da competência, por sua vez, refere-se à capacidade intelectual do indivíduo para identificar exigências terapêuticas de auto-cuidado, buscar recursos e julgar a melhor medida a tomar para satisfazer tais exigências. Este tem relação principalmente com as operações estimativas e transicionais de auto-cuidado. O componente afetivo neste estudo relaciona-se à motivação da pessoa idosa para o auto-cuidado; o quanto ela gosta de cuidar de si própria e o quanto ela acha o auto-cuidado importante para seu bem-estar. Relaciona-se também à autovalorização, a maneira de a pessoa idosa ver a si própria e à vida de uma forma positiva. O componente sócio-ambiental é entendido como sendo todas as relações externas ao indivíduo. O ambiente refere-se tanto as condições de moradia, alimentação, transporte, comunicação, recursos financeiros, recursos de saúde e lazer, como aos aspectos culturais de uma comunidade ou população. As relações sociais na velhice são prejudicadas pelo isolamento gradual dos idosos.

Nesta teoria, o conceito de auto-cuidado traz consigo a conotação dupla de: a) o cuidado dispensado pela própria pessoa, isto é, a contribuição contínua do indivíduo para a continuação de sua existência e b) o cuidado dispensado por outro, que significa a contribuição de alguém para a saúde e bem-estar de membros dependentes do grupo social. Assim sendo, a amplitude do conceito de auto-cuidado de Orem (1985), permite que a pessoa idosa, impossibilitada de ser o agente de seu cuidado, recorra a um agente do cuidado dependente identificado na situação e apresentada acima.

A assistência de enfermagem que se caracteriza pela situação focalizou as ações em níveis de dependência, que varia

desde uma situação de dependência total para uma situação de dependência mínima. Segundo Orem (1985), "as características interpessoais da prática de enfermagem estão entrelaçadas com características profissional-tecnológicas de enfermagem. compreender esta relação é da maior importância para as enfermeiras, porque em muitas situações para se alcançar os resultados requeridos é necessário manter relações colaborativas de trabalho entre enfermeiras e clientes. Estas relações abertas, de pessoa a pessoa, quando prudentemente gerenciadas, facilitam a determinação das necessidades de enfermagem e o dar e o receber cuidados de enfermagem" (p.83). A autora refere-se à relação interpessoal com a finalidade de estabelecer ligações concretas entre a enfermeira e o cliente, para que se estabeleça uma situação de confiança e segurança para ambas as partes, a fim de se efetivar uma relação terapêutica baseada no conceito de auto-cuidado.

Neste estudo considerou-se o ambiente como o universo circundante da pessoa idosa, dele faz parte todos os fatores externos ao indivíduo e que podem atuar sobre o seu processo de envelhecimento. Orem (1985) adverte que o pensar paciente-ambiente é uma modalidade sofisticada de pensamento que requer que a enfermagem aprenda a incluir-se dentro do ambiente de seus pacientes. Desta forma a atuação de enfermagem junto à pessoa idosa deve considerar a relação desta com o seu ambiente, pois dele faz parte sua história, suas crenças e valores, suas relações interpessoais e as condições determinantes do seu modo de vida.

A interrelação dos conceitos definidos neste estudo são apresentados, a seguir, na representação esquemática do marco conceitual de auto cuidado aplicado ao idoso.

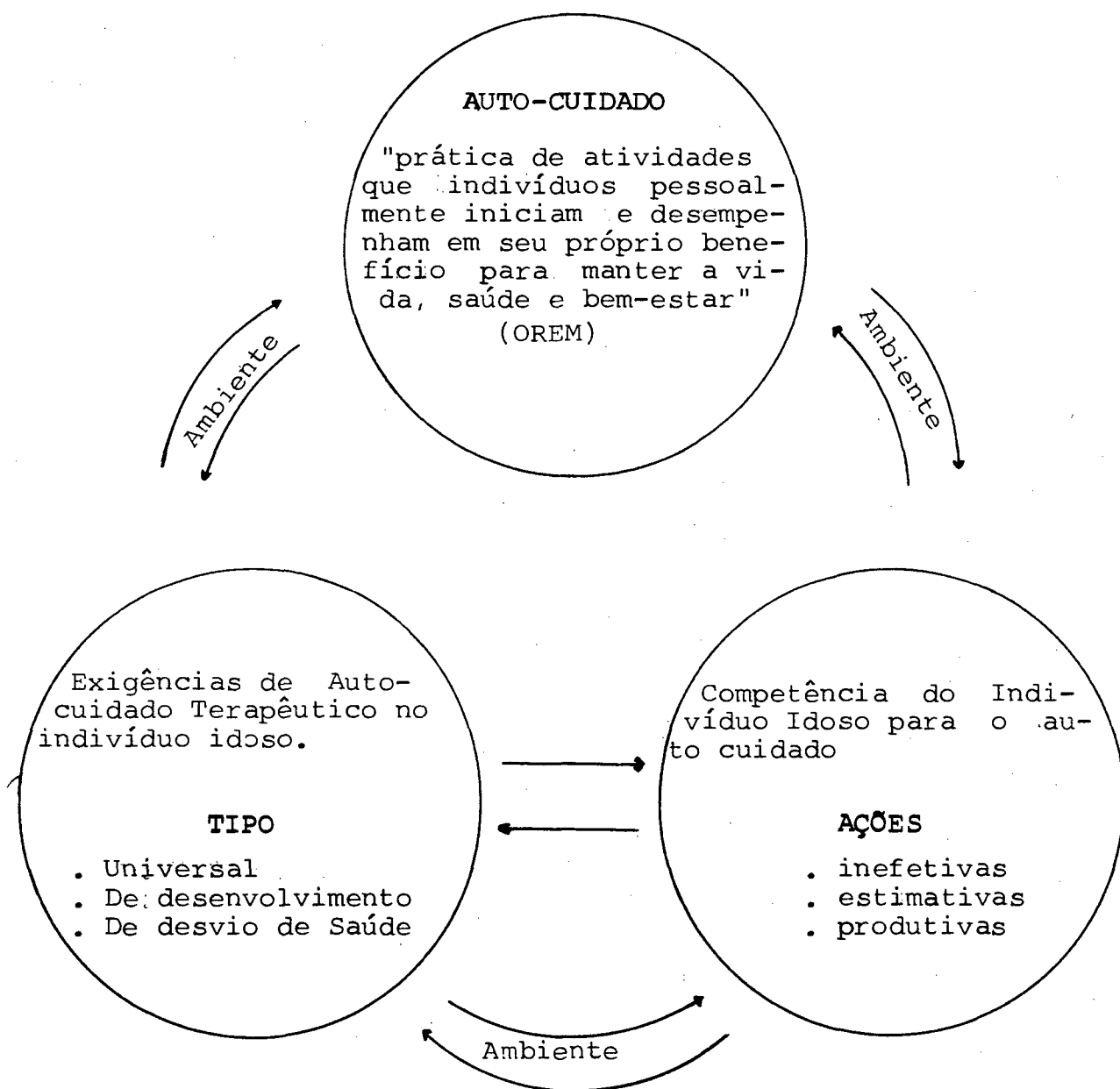


Fig. I: Representação esquemática do marco conceitual de auto-cuidado aplicado ao idoso - adaptado da interrelação dos conceitos da Teoria do auto-cuidado de OREM, 1985.

CAPÍTULO II

REVISÃO DE LITERATURA

A literatura nas últimas décadas tem trazido, cada vez mais, informações e reflexões atualizadas a respeito do processo de envelhecimento e do envelhecimento demográfico. A enfermagem, por sua vez, tem participado com estudos que vêm contribuir na formação de um corpo de conhecimento específico na área de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica. O presente capítulo tem como finalidade apresentar e discutir os estudos referentes a: a) Saúde e processo de envelhecimento populacional; b) Enfermagem Geriátrica e Gerontológica no Brasil e c) Auto-cuidado aplicado a pessoas idosas.

Saúde e Processo de Envelhecimento Populacional

Publicações dos órgãos internacionais como o Centro Internacional de Gerontologia Social (CIGS, 1986), a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1982) e a UNESCO (UNESCO, 1982), trazem alertas aos países em desenvolvimento sobre a necessidade de implantação de políticas para a assistência da população que visem à melhoria das condições de vida e aperfeiçoamento de serviços de saúde, adequados às pessoas idosas.

A situação atual e as projeções para o ano 2000 sobre envelhecimento demográfico preocupam tanto os países em desenvolvimento quanto os desenvolvidos, embora as questões relacionadas à saúde sejam distintas. Enquanto os países em desenvolvimento precisam tomar consciência do problema e implantar programas adequados ao atendimento à velhice, os países desenvolvidos precisam se preocupar com a ampliação dos serviços e seus custos.

Segundo Williams (1985), 80% das pessoas que superaram os 65 anos sofrem de pelo menos uma doença crônica. O autor analisa as projeções internacionais, focalizando a importância de uma atenção especializada ao idoso, através de uma equipe multidisciplinar com sua ação voltada à educação para a saúde, de modo a estimular a pessoa idosa a conviver com suas limitações ou superá-las. As doenças na idade avançada não são necessariamente parte integrante do envelhecimento, porém existem riscos aumentados com relação a determinada patologia. Assim sendo, para reduzir as incapacidades e limitações provocadas por essas patologias, necessita-se de avaliações diagnósticas precoces, tratamentos adequados, bem como medidas que impeçam sua instalação.

Baseados na proposta internacional de "Saúde para todos no ano 2000" da OMS (1978), autores como Mahler (1982), Kaprio (1982), Bryant (1985), Coppard (1985) e Ehrlich & Litvak (1981) afirmam que tais objetivos somente serão atingidos se houver planos globais de atenção primária, baseado na participação da comunidade, e que conseqüentemente os programas de atenção aos idosos deverão promover sua participação na família, na comunidade e nos sistemas de saúde.

O Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, elaborado a partir da Assembléia Internacional sobre o Envelhecimento, ocorrido em Viena no ano de 1982, enfatiza a importância de o idoso levar uma vida independente e integrada à comunidade, sendo a família e a comunidade elementos fundamentais de um sistema equilibrado de apoio.

Os peritos sobre envelhecimento da OMS, que elaboraram o informe técnico intitulado "Aplicaciones de la epidemiologia al estudio de los ancianos en 1984", afirmam que a atual definição de saúde da OMS, é inclusive inadequada para medir a condi-

ção de saúde do idoso, pelo fato de as deficiências que não produzem incapacidades serem de pouca importância para a atenção ao idoso, pois o que está realmente em jogo são os fatores que impedem a conservação ou a restauração da autonomia e da independência da pessoa. Partindo desta consideração estes peritos preconizam que a avaliação de saúde da pessoa idosa deve compreender uma visão multidimensional, para a qual deve-se observar os seguintes aspectos: a) atividade de vida diária; b) estado mental; c) saúde física; d) saúde social e situação econômica, e e) moradia. Entende-se com isto que da mesma forma que a surdez, a cegueira, a depressão, a arteriosclerose senil e a deficiência locomotora contribuem para o aumento das incapacidades no idoso, também a desatualização e o não desenvolvimento de seus potenciais e talentos, conduzem a uma situação de perda da autonomia, gerando incapacidades, que por sua vez se refletem na condição de saúde.

No mundo, atualmente, vivem 376 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade; no ano 2000 esta parcela será de 590 milhões, enquanto se calcula que mais da metade pertencerá aos países em desenvolvimento (CIGS, 1986). Ford (1982), ao escrever sobre os custos da velhice nos Estados Unidos afirma, que "as características e necessidades dos idosos não podem ser projetadas a partir de experiências presentes ou passadas, porque os idosos das próximas décadas serão consideravelmente mais educados e suas atitudes e necessidades com relação à saúde serão provavelmente diferentes" (p.130). Baseado nesta suposição o autor alerta para os efeitos dos avanços do cuidado médico, que prolongará a vida da pessoa, aumentando os custos na manutenção de sua saúde. E, portanto, sugere como uma das soluções para o problema o fomento de serviços de saúde para idosos na própria comunidade, estimulando o indivíduo a responsabilizar-se pela

própria saúde. Estudiosos reunidos na Conferência sobre Enfermagem e Assistência Social no Cuidado ao Idoso, promovida pela OMS, na Alemanha, em 1981, concordam com a participação ativa do idoso no atendimento às suas necessidades de saúde, porém, criticam as políticas de assistência centradas no auto-cuidado como forma de diminuição dos custos no atendimento à saúde.

Kalache (1987), analisando o processo de envelhecimento populacional antes e depois dos avanços médico-tecnológicos, afirma que os mecanismos que levam ao envelhecimento populacional ocorrem de maneira diferente entre os países desenvolvidos e sub-desenvolvidos. O aumento da expectativa de vida na Europa e América do Norte já havia chegado a níveis importantes antes de ocorrerem os grandes avanços no conhecimento médico, na metade do século. Isto se deveu principalmente à elevação do nível de vida da população, enquanto que nos países sub-desenvolvidos, somente a partir da década de 80 começa-se a observar uma diminuição da taxa de natalidade e um aumento na esperança de vida, sem contudo terem sido ainda solucionados os problemas mais prementes de saúde da população. Salgado (1986) ao discutir esta problemática, destaca o caso do Brasil, onde apesar de ter sido registrado o maior crescimento econômico nas últimas décadas, entre os países do seu continente, tal desenvolvimento não se traduziu em uma diminuição dos problemas sociais.

Segundo Ramos (1987), no Brasil o aumento da população idosa será da ordem de quinze vezes entre 1950 e 2025, enquanto a população como um todo crescerá no máximo cinco vezes no mesmo período. Tal aumento de idosos na população colocará o Brasil, no ano 2025, em termos absolutos, em sexto lugar entre as populações idosas mais numerosas no mundo. Tal fenômeno comprovadamente se deverá ao aumento da expectativa de vida, é à diminuição da taxa de natalidade. Seguindo as projeções estatísticas,

o autor analisa ainda as alterações que vêm ocorrendo entre os seguintes grupos etários: a) população em idade escolar; b) população economicamente ativa e c) população idosa de 60 anos ou mais. Suas análises demonstram que, embora a proporção de pessoas na faixa produtiva terá crescido em 10%, o aumento proporcional de idosos concomitante à diminuição proporcional de crianças, alterará qualitativamente a equação de dependência social, sobrecarregando na prática a chamada população economicamente produtiva.

Autores como Salgado (1982), Queiroz (1982), Fernandes (1985), Canôas (1985) e Jordão (1986) têm chamado a atenção para a necessidade de uma política de assistência ao idoso, salientando ser esta necessidade, um problema de ordem social. Porém, a preservação e a promoção da autonomia do idoso não tiveram destaque em seus estudos. Na literatura médica, Gomes e Ferreira (1985), Hutz (1986), Nascimento (1983) escreveram a respeito do idoso segundo as especialidades médicas e suas doenças, como aquele que reúne em si as doenças que mais comumente acometem a velhice, sem a abordagem do idoso como um ser social. Sob um outro prisma, Vargas (1983) aborda os aspectos biopsicológicos e psicopatológicos do envelhecimento, detalhando os aspectos relacionados à psicologia do idoso isoladamente, sem focalizá-lo no contexto de autonomia ou dependência. Carece-se, portanto, de estudos que definam mais claramente as potencialidades do idoso brasileiro para que se desenvolva, principalmente na área da saúde, modelos de atendimento que priorizem a autonomia e a independência da pessoa idosa.

No Brasil, na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, Guimarães (1987), apresentou um programa de assistência à pessoa idosa. Nele preconizou uma política de integração do idoso na comunidade e o desenvolvimento de uma assistência voltada

para estes indivíduos. A partir destas linhas gerais, a Coordenação do Programa de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde vem implementando ações para atingir tais objetivos. Destaca-se aqui a produção e distribuição do boletim "Viva Bem a Idade que Você Tem", que aborda temas específicos e do cotidiano das pessoas idosas e de interesse de toda a população. Entretanto, apesar da importância do empreendimento, sua distribuição é ainda reduzida.

Em novembro de 1988 foi realizado o Seminário "Epidemiologia do Envelhecimento para implantação do Programa Nacional de Saúde do Idoso", cujo objetivo foi discutir com as Secretarias de Saúde Estaduais a implementação de um programa de assistência integrado ao programa de descentralização da assistência à saúde. A seguir encontros foram realizados a níveis estaduais, na tentativa de introduzir a política de assistência ao idoso no Sistema Único de Saúde em implantação nas secretarias estaduais e municipais. Esta proposta compreende não só o esforço de implantação de um programa de assistência ao idoso, mas também a responsabilidade de conscientizar profissionais da área da saúde para o problema do envelhecimento populacional e suas conseqüências .

Em outubro de 1989, durante o I Congresso da Rede IDA/BRASIL (integração docente-assistencial) no Rio de Janeiro, o grupo de trabalho sobre saúde do idoso debateu e tratou de questões como: a) premissas básicas que se referiam ao reconhecimento e valorização da pessoa idosa, necessidade de sua integração na sociedade, garantia de meios de subsistência, aposentadoria e à política de atenção ao idoso no aspecto geral; b) assistência de saúde ao idoso; c) pesquisa e participação popular; d) integração docente-assistencial; e) preparação de recursos humanos; f) universidade da terceira idade; e g) cursos de

formação existentes no país.

Outros encontros e congressos têm sido regularmente realizados pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e suas regionais, com a finalidade de discutir questões pertinentes à problemática do indivíduo idoso no Brasil.

Todo este movimento vem ocorrendo desde que determinados grupos de profissionais e estudiosos depararam-se com a realidade do processo de envelhecimento da população brasileira e conscientizaram-se da necessidade de uma assistência voltada a esta parcela da população.

Enfermagem e o Idoso no Brasil

A contribuição da enfermagem brasileira na literatura de Gerontologia tem sido ainda pequena, apesar de ser o enfermeiro um dos profissionais da área da saúde que mais contato tem com a população idosa. Na década de 70, no entanto, dois estudos foram importantes: o de Horta (1979) que, com seu espírito de liderança, tentou despertar a atenção dos enfermeiros para os problemas específicos de assistência ao indivíduo idoso, esboçando padrões de assistência nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, através do atendimento às necessidades básicas do indivíduo. O outro estudo pioneiro foi a pesquisa realizada por Bastian (1980) para calcular o número adequado de pessoal para a assistência de enfermagem a idosos asilados. Estes estudos objetivaram, por parte de suas autoras, despertar nos profissionais de enfermagem a preocupação com um grupo etário que começaria a aumentar na população e, portanto, de interesse para a assistência de enfermagem.

Mendes (1989) desenvolveu em sua dissertação de mestrado uma pesquisa em que propôs: a) identificar e sistematizar

o conhecimento disponível na bibliografia nacional e aquele transmitido nos currículos de graduação e pós-graduação, a respeito de Enfermagem Gerontológica e Geriátrica no Brasil; b) observar e descrever a prática assistencial de enfermagem a idosos internados em um hospital-escola, estabelecendo relações com o conhecimento veiculado pela bibliografia e em programas de ensino em Enfermagem Gerontológica e Geriátrica no Brasil e c) esboçar a proposta de ensino em Enfermagem Gerontológica e Geriátrica, visando ao desenvolvimento de habilidades e competência para assistir à população idosa.

Para atender ao primeiro objetivo de seu estudo, Mendes (1989), analisou toda a bibliografia disponível de 1951 a 1988 em index, periódicos (1946 a 1989), teses e dissertações (1978 a 1987), livros nacionais ou traduzidos, Programas de Congressos de Enfermagem e de Geriatria e Gerontologia. A bibliografia foi distribuída em frequência quanto a produção deste conhecimento no decorrer dos anos. O conteúdo de cada bibliografia foi analisado e como resultado de seu estudo obtiveram-se as seguintes categorias: a) Fundamentação Gerontológica e Geriátrica; b) Assistência Gerontológica e Geriátrica; c) Educação em Saúde e d) Formação de recursos humanos. Segundo a autora tais categorias caracterizam a bibliografia nacional na área de Enfermagem Gerontológica ou Geriátrica. Ainda dentro desta pesquisa, a autora levantou e analisou dados a respeito da existência ou não de conteúdos e disciplinas nos currículos de enfermagem no país e tentou também, através da pesquisa participante, compreender a assistência de enfermagem prestada a idosos hospitalizados.

A partir deste minucioso estudo a referida autora elaborou uma proposta de ensino em Enfermagem Gerontológica e Geriátrica, traçando objetivos gerais e específicos e sugestões quanto ao conteúdo curricular e estratégias de ensino. O traba-

lho de Mendes (1989) tem importância fundamental no contexto da bibliografia de enfermagem gerontológica, pois é um estudo atualizado de praticamente toda a bibliografia escrita na área. Além disso, no momento em que os profissionais de enfermagem começam a despertar para a problemática do envelhecimento demográfico, sua pesquisa oferece, como subsídio para formação de recursos humanos, uma proposta de ensino de Enfermagem Gerontológica e Geriátrica.

Para o presente estudo, mais especificamente, a revisão de literatura pautou-se principalmente no material bibliográfico publicado no período de 1980 a 1989. Neste período houve uma preocupação por parte dos autores em definir o envelhecimento humano e as alterações e limitações dele decorrentes, e alertar os profissionais para a necessidade de a enfermagem assumir a assistência dos indivíduos idosos.

Entre os autores que têm se preocupado em definir o processo do envelhecimento, com implicações para a enfermagem estão Gomes e Scatena (1983), que realizaram uma pesquisa com o objetivo de conhecer o que acontece com as pessoas que envelhecem e o que para elas é o envelhecimento, através de entrevistas com idosos em instituições asilares e idosos que residiam na comunidade. Os resultados obtidos deste estudo mostraram que tanto quanto fatores sociais, as questões de saúde influem no envelhecimento e no modo pelo qual as pessoas vivem a sua velhice e suas relações com o trabalho, a família e a saúde. Pereira (1984) publicou artigo em que tece comentários quanto a problemática do idoso no contexto social vigente e discute a questão da velhice e o preconceito existente contra ela em nossa sociedade. Seu estudo enfoca ainda a necessidade de se iniciar junto ao profissional enfermeiro um trabalho de conscientização da importância da assistência de Enfermagem Geriátrica a partir do

respeito pela pessoa e o desenvolvimento de atitude positiva com relação à pessoa do idoso. Waldow (1983) alerta sobre a questão do envelhecimento demográfico e o preconceito com relação à velhice, o qual permeia nossa sociedade. Chama a atenção para a responsabilidade social do profissional de enfermagem, discorrendo sobre o aumento do número de idosos institucionalizados e sobre a má qualidade no atendimento destes. Ressalta a importância do processo de conscientização da problemática do envelhecimento e aborda a importância de os idosos serem ouvidos com relação às suas necessidades, assim como com relação as soluções que melhor satisfaçam a estas necessidades.

Os autores Gomes e Scatena (1983), Pereira (1984) e Waldow (1983) enfatizam a questão da marginalização social do idoso e tentam alertar quanto aos preconceitos decorrentes dela, os quais atingem os profissionais de enfermagem, resultando no descaso e na falta de habilidade específica para o atendimento desta clientela, que, como demonstram os índices estatísticos, tende a aumentar cada vez mais.

Observa-se que a maioria dos estudos foram realizados com idosos institucionalizados, seja em instituições asilares ou hospitalares, resultando em pesquisas como o de Fukuda et alii (1980), que escreveram sobre a assistência de pacientes idosos com problemas psiquiátricos, abordando aspectos relevantes do relacionamento enfermeiro-paciente em uma situação de hospitalização.

Barros (1983), por sua vez, pesquisou as manifestações de comportamento de idosos que levam os familiares a interná-los em hospitais psiquiátricos e quais as interferências destas manifestações na vida familiar. Menezes (1986), para dissertação de mestrado, estudou a participação da família na assistência ao idoso hospitalizado e a maneira como os enfermeiros incluem a

família do idoso no seu plano assistencial. A pesquisa foi realizada com 91 idosos internados em clínicas médicas e cirúrgicas e com 17 enfermeiras responsáveis por estas clínicas. O resultado deste estudo foi a identificação de fatores sócio-econômicos e psicobiológicos como significantes com relação à participação da família na assistência ao idoso hospitalizado. Quanto aos enfermeiros, constatou-se que os mesmos não incluem sistematicamente a família no plano assistencial de enfermagem.

Nos estudos referentes aos idosos institucionalizados aparecem repetidamente tentativas, por parte dos enfermeiros-pesquisadores, de relacionar a situação de institucionalização com a relação familiar. Isto talvez porque haja uma preocupação destes profissionais quanto ao isolamento do idoso e quanto à sua rede de apoio. O estudo de Menezes (1986) denuncia o quanto o enfermeiro está alheio à problemática do idoso, quando não inclui a família como recurso para ajudá-lo a suprir suas limitações.

Outra pesquisa que se refere à relação familiar é o trabalho desenvolvido por Waldow & Frichembruder (1985). As autoras estudaram idosos asilados e idosos da comunidade, convivendo com a família, ou mantendo contato frequente com a mesma. O objetivo deste estudo foi o de identificar os problemas referentes às necessidades biopsicossociais e verificar a relação existente entre os problemas identificados e a condição de asilado ou não. Os resultados demonstraram que os problemas identificados nos dois grupos estão, na maioria, relacionados à área biológica e são decorrentes do processo de envelhecimento físico, sendo eles principalmente: problemas visuais, reumáticos e do funcionamento intestinal. Na área psicossocial observou-se maior incidência de problemas relacionados à solidão e ao isolamento, nos idosos asilados. Enquanto isso, em idosos não

asilados, a incidência maior de problemas se deu com relação à preocupação com o destino de bens materiais e o futuro dos filhos. A necessidade de maior contato humano foi identificada nos dois grupos. A autora destaca que, com relação aos idosos asilados, estes, além de demonstrarem apatia e desinteresse pela vida, são econômica e afetivamente carentes e sós, com suas deficiências e limitações. Eles demonstram não terem tido boas oportunidades em suas vidas pregressas (econômica, cultural, profissional e afetiva...). Quanto, aqueles idosos que convivem com a família, apesar da marginalização imposta pela sociedade, encontram maior apoio, tanto econômico como afetivo.

Boemer et alii (1988) analisaram a questão da morte através de depoimentos de pessoas idosas. O estudo foi realizado com seis pacientes idosos internados, dez asilados e dez participantes do Programa Especial - Escola da Terceira Idade - SESC. A proposta das autoras foi o de ouvir o idoso a fim de compreender, através dos seus discursos, como o futuro se apresenta para ele, se a idéia de morte está presente e quando está, se de forma clara ou velada. A conclusão das autoras sobre este estudo é a de que a idéia de morte apresenta-se de forma clara nos depoimentos dos asilados, de forma velada nos depoimentos dos hospitalizados e não se mostra clara nos depoimentos dos idosos do SESC. Demonstrou-se desta forma que, na situação de isolamento e de falta de perspectiva, a convivência com a idéia de morte é maior, sem entretanto ser benéfica no sentido de se ver a morte como possibilidade concreta da existência, mas encarada como única possibilidade. Enquanto isso, nos idosos hospitalizados a idéia de morte mostrou-se muito relacionada ao motivo da hospitalização e às perspectivas de qualidade de vida após a alta. A análise conclusiva da autora é a de que a idéia de morte se apresenta nas duas situações em que o idoso se encontra

em sofrimento e dor. Quando as pessoas estão bem (ativas, participantes e saudáveis) não falam sobre a morte, chegando mesmo a negá-la.

Os estudos de Waldow & Frichembruder (1985) e Boemer et alii (1988), começam a demonstrar uma preocupação em discutir questões mais concretas da problemática e que podem, mais especificamente, subsidiar a assistência de enfermagem. Neste sentido também os trabalhos de enfoque epidemiológico como os de Souza e Spriccigo (1983), Ramos (1986) e Rodrigues (1987), contribuem para uma visão mais ampla da problemática ligada à população idosa.

O estudo de Souza e Spriccigo (1983) apresenta considerações acerca de questões sociais do envelhecimento individual e populacional. Analisam os índices populacionais da Região Sul e alertam para a necessidade de uma reavaliação da prática de enfermagem de modo que a assistência seja um instrumento de valorização do ser humano em idade avançada. Já no estudo de Ramos (1986) a autora objetivou identificar os fatores determinantes de acidente na velhice, para recomendar medidas de controle e prevenção. Os resultados deste estudo evidenciaram que o tipo de acidente que mais ocorre são as quedas (60,5%). A autora demonstrou ainda neste estudo, as relações entre as variáveis idade, sexo, estado civil, escolaridade, modo de vida, experiência de acidentes anteriores, uso de óculos, doenças crônicas, ambiente e a ocorrência de acidentes na velhice. O trabalho realizado por Rodrigues (1987) foi uma pesquisa de dissertação de mestrado, na qual o foco do estudo foi o paciente geriátrico hospitalizado. A amostra estudada foi de 1401 pacientes idosos, sendo 716 do sexo feminino e 685 do sexo masculino. As variáveis estudadas foram: idade, sexo, categoria de internação, condições de alta hospitalar, especialidade cirúrgica e duração média de interna-

ção. Observou-se neste estudo uma maior frequência de internações e taxas mais altas de mortalidade em pacientes idosos cirúrgicos do sexo feminino. Entretanto, a duração média das internações foi maior nos pacientes do sexo masculino. O predomínio da categoria de internação foi pelo INAMPS. As especialidades médicas mais frequentes identificadas nos pacientes idosos cirúrgicos foram: ortopédicas, abdominais, oftalmológicas, neurológicas, cardiovasculares e ginecológicas. A autora concluiu seu estudo, recomendando a necessidade dos serviços de saúde e de enfermagem e uma atuação dos órgãos formadores de recursos humanos quanto à adoção de política de assistência e de formação que possibilite o atendimento adequado à saúde do idoso.

Todos os estudos descritos até agora foram trabalhos que procuram: a) aprofundar a questão do processo do envelhecimento; b) definir o contexto social da pessoa idosa e c) definir as alterações e limitações próprias do envelhecimento. Os estudos que se seguem referem-se aos relatos de trabalhos relacionados à questão da assistência de enfermagem às pessoas idosas. Alguns autores tentaram de uma maneira ainda muito incipiente propor algum modelo metodológico de assistência de enfermagem.

Entre os que escreveram sobre assistência de enfermagem ao idoso, está Manzoli (1983), que dedicou um capítulo do seu livro "Relacionamento em enfermagem - Aspectos psicológicos", para discutir a questão da senescência e implicações em enfermagem. Neste estudo, a autora procura conceitualizar a velhice e caracterizar o senescente dentro da perspectiva do relacionamento enfermeiro-cliente idoso. Focaliza o papel do enfermeiro como agente educador e traça linhas básicas para o preparo deste profissional. Batista (1985) em pesquisa de dissertação de mestrado, desenvolveu um estudo exploratório visando o cliente idoso e suas necessidades humanas. Neste estudo, a autora rela-

cionou o tipo de assistência de enfermagem oferecida a idosos institucionalizados e aqueles que vivem em situação domiciliar. Os resultados de seu estudo evidenciaram que a assistência ao cliente idoso ainda não está sendo oferecida de forma adequada para atender às necessidades humanas específicas da terceira idade em seus aspectos biológicos, psicológicos e espirituais. Santos (1982) realizou estudo com idosos internados em um hospital geral, comparando o grau de importância atribuído às ações de enfermagem entre os pacientes geriátricos e os enfermeiros. A análise dos dados revelou a existência de discordância entre pacientes e enfermeiros com relação ao grau de importância dada às ações de enfermagem. Araujo (1986) discorre a respeito da Enfermagem Geriátrica destacando a importância da atuação do enfermeiro junto a idosos, a partir de uma metodologia de assistência que vise à independência e à participação da pessoa idosa. Prende-se principalmente ao contexto do idoso hospitalizado e enfoca de maneira geral a assistência de enfermagem nos aspectos biopsicossociais e mais especificamente as alterações e afecções mais comuns no envelhecimento, bem como os cuidados específicos para tal.

Observa-se nos autores Manzolli (1983), Batista (1985), Santos (1982) e Araujo (1986) a preocupação de que a assistência de enfermagem na área do envelhecimento deva se ater aos diversos aspectos que permeiam o desenvolvimento humano. Preconizam uma assistência de enfermagem dentro da multiplicidade de fatores que se relacionam ao processo de envelhecimento biológicos, psicobiológicos, sócio-econômicos e culturais. Outros autores, entretanto, desenvolveram estudos numa tentativa de delinear de maneira mais prática a assistência de enfermagem, como é o caso de Oliveira (1983), Waldow (1983, 1987/a, 1987/b, 1987/c), Waldow & Frichebruder (1985), Gogo (1985) e Monteiro

e Campedelli (1989).

Oliveira (1983) desenvolveu um estudo com idosos hospitalizados, que teve como objetivos: a) identificar os principais fatores determinantes da hospitalização dos idosos; b) analisar as características físicas e psicológicas inerentes ao paciente idoso hospitalizado; e c) estudar os cuidados específicos de enfermagem para o paciente idoso. A visão da autora, neste estudo, sobre o cuidado, pautou-se na definição do nível de limitação dos idosos hospitalizados e na análise das suas características físicas e psicológicas, as quais parecem estar relacionadas às potencialidades da pessoa, mas a autora não focaliza nesta direção. Inclusive faz referências ao auto-cuidado com relação à pele e à aparência pessoal, sem entretanto aprofundar a análise do conceito de auto-cuidado.

Gogo (1985) relatou o estudo de caso de um paciente idoso com broncopneumonia, no qual apresentou o desenvolvimento de um planejamento e de fundamentação das ações de enfermagem. Faz breve referência ao auto-cuidado e não avalia as possíveis capacidades do idoso em questão quanto ao auto-cuidado. A autora enfoca, em todo o seu planejamento, a assistência de enfermagem na ação do enfermeiro.

As autoras Monteiro e Campedelli (1989) fazem um relato sobre a atuação de enfermagem em Geriatria, dentro de um hospital geral, onde foi desenvolvido um trabalho que visou determinar o grau de dependência da pessoa idosa. Este estudo caracterizou-se pela definição do nível de dependência de cuidados de enfermagem na admissão e na alta hospitalar, para verificação de alterações quanto à dependência de cuidados de enfermagem nos pacientes idosos. Tal estudo limitou-se a classificar as pessoas em níveis de dependência do cuidado, sendo eles: a) dependentes do cuidado global; b) intermediário; e c) mínimo. A conclusão

deste estudo é que não houve alterações importantes quanto a nível de dependência dos pacientes estudados. Mais uma vez observa-se o idoso sendo analisado pelas suas limitações e não pelas suas potencialidades.

Waldow (1987/a), no artigo sobre "o papel da enfermagem na velhice, em face das modificações fisiológicas e fisiopatológicas", explora os aspectos das alterações próprias do envelhecimento e enfatiza a importância da assistência de enfermagem, priorizando o estímulo à pessoa idosa quanto à manutenção de sua independência. Refere-se ao estímulo ao auto-cuidado, como importante na prática de enfermagem. A mesma naquele ano publicou um relatório de pesquisa que visou determinar o nível de dependência em enfermagem, de pessoas idosas institucionalizadas de Porto Alegre - RS. Nesta pesquisa a autora utilizou os seguintes indicadores de dependência: deambulação, motilidade, cuidado corporal, condição mental, controle dos esfíncteres e alimentação. Os indicadores foram analisados segundo graus de dependência de 0 a 3 pontos. A pesquisa foi realizada em seis instituições, sendo três particulares e três beneficentes. A amostra do estudo compreende 384 idosos e a conclusão de autora é a de que os idosos no conjunto das instituições apresentaram os seguintes percentuais de dependência: a) condição mental (54,9%); b) cuidado corporal (47,15%); c) motilidade (43,51%) e d) deambulação (38,39%) (Waldow 1987/b).

Em outro estudo, esta autora, Waldow (1987/c), estabeleceu teoricamente algumas diretrizes para o trabalho com pessoas idosas através do estímulo à aprendizagem na velhice. Para tanto, fundamentou-se na teorias de Roger, Maslow e Brunner, enfocando a ação educativa do enfermeiro como importante para que o idoso possa desenvolver sua auto realização, participação, auto-estima, auto-imagem e auto-cuidado. A autora, no decorrer

de seus estudos, tem partido do princípio de que o idoso possui muitas potencialidades e, portanto, a assistência de enfermagem a estes indivíduos deve proporcionar meios para o desenvolvimento e exploração de suas habilidades ((Waldow, 1983, 1987/a, 1987/b, 1987/c; Waldow e Frichebruder, 1985).

A literatura na área de Enfermagem Gerontológica e Geriátrica no Brasil, vem aumentando consideravelmente nos últimos anos, mas não se encontrou nenhum trabalho que tenha utilizado um referencial teórico direcionado para o auto-cuidado. Foram também muito poucos os trabalhos voltados para a identificação da autonomia da pessoa idosa ou para a exploração de suas potencialidades. Isto talvez porque os profissionais de enfermagem ainda vejam a pessoa idosa sob o aspecto de suas limitações e deficiências.

Auto-Cuidado Aplicados a Idosos

Dentro da literatura sobre enfermagem gerontológica, são poucos os autores que abordaram o conceito de auto-cuidado na assistência a pessoas idosas. Os encontrados, que utilizaram esse conceito como referencial teórico, baseiam-se principalmente na Teoria do Auto-Cuidado de Orem (1971, 1980, 1985) e nos estudos do NDCG (1973 e 1979).

Sullivan (1979), inspirada na teoria do auto-cuidado de Orem, desenvolveu um modelo teórico para assistência de pessoas idosas. Seu conceito de auto-cuidado baseou-se na condição de saúde do indivíduo, portanto seu referencial pautou-se na saúde e nas necessidades de saúde das pessoas idosas. A autora compreende o marco conceitual de auto-cuidado, como um modelo holístico para a saúde e para o cuidado relacionado à saúde. A partir deste conceito a autora identificou quatro níveis do sis-

tema de auto-cuidado que compreenderiam as condições de saúde da população idosa. São eles: nível I - os independentes; nível II - os parcialmente independentes (independents-threatened); nível III - os independentes delegadores (independents-delegators); e nível IV - os dependentes. Neste modelo, a capacidade de saúde do idoso varia de um nível mais alto para um baixo, a saber: a) idosos independentes (nível I) - são caracterizados por um alto nível de saúde e de auto-cuidado, apresentam continuidade em seu estilo de vida e um grande número de opções lhes são disponíveis. Seu contato com a enfermagem é com o sistema formal de apoio e infreqüente, formal e distante; b) os idosos parcialmente independentes (independents-threatened) (nível II) - são caracterizados por um alto nível de saúde e auto-cuidado. Seu campo de opções é ainda grande. Os idosos deste nível necessitam ajustamentos para manter a continuidade em seu estilo de vida. Eles são vulneráveis ao declínio da saúde e à diminuição de suas habilidades para o auto-cuidado, devido a perdas sociais ou mudanças físicas próprias do envelhecimento ou devido a doenças. Ambos os casos podem levar à incapacidade, por isso seria razoável que contatos com a enfermagem e o sistema formal de apoio fossem mais frequentes ao longo do tempo, para prevenir ou amenizar episódios de crises com possíveis hospitalizações, que podem ocorrer com os idosos neste nível; c) os idosos independentes delegadores (independents-delegators) (nível III) - são caracterizados por um baixo nível de saúde e habilidade para o auto-cuidado, seu "status" de saúde é precário devido às mesmas perdas sociais, mudanças físicas próprias do envelhecimento e das doenças que acometem o idoso parcialmente independente. O campo de opções para este indivíduo é limitado e a continuidade no estilo de vida anterior fica ameaçada. Contatos com a enfermagem e o sistema formal de apoio necessitam

ser freqüentes, intensivos e contínuos; d) os idosos dependentes (nível IV) - são caracterizados por uma má saúde e muito baixa ou ausência de habilidade para o auto-cuidado. O campo de opções é severamente reduzido e seus problemas são mais insinuantes e ainda mais avançados. Muitos idosos dependentes enfrentam doenças terminais e o processo de morte. Em sua maior parte, estão institucionalizados ou acamados em suas casas. O contato com a enfermagem e o sistema formal de apoio é constante e intensivo ao longo do tempo.

A autora defende que para a enfermagem é importante atuar junto à competência do paciente para o auto-cuidado, promovendo a saúde a partir do nível em que o idoso se encontra. Qualquer ação de enfermagem empreendida sem esta observação poderá resultar em uma assistência desastrosa e inútil. Aprofundando ainda mais seu estudo, Sullivan traça a relação entre a presença e a intensidade da exigência terapêutica de auto-cuidado e os déficits de auto-cuidado nos quatro níveis do sistema proposto. Identifica também as características demográficas da pessoa idosa nos diversos níveis e os sinais que implicaram movimento e mudanças, de um nível para outro, no sistema de auto-cuidado, que devem ser observados pela enfermeira. Características subjetivas e objetivas da competência para o auto-cuidado nos quatro níveis foram propostas por este estudo, fazendo parte das categorias subjetivas as seguintes subcategorias: a) auto-conceito e auto-estima; b) motivação; c) filosofia de vida, e d) auto-avaliação de saúde, satisfação de vida e satisfação comunitária. Das categorias objetivas fazem parte as seguintes subcategorias: a) manutenção da vida e da saúde; b) promoção da saúde; c) percepção cognitiva, d) auto-manutenção física; e) tomada de decisão; f) auto-manutenção instrumental; g) auto-estímulo, e h) papel social. O estudo de

Sullivan(1979), contribui sobremaneira com a teoria de Orem, por apresentar um modelo muito bem fundamentado para a assistência de enfermagem a pessoas idosas. Contudo, por ser um modelo teórico, necessita de estudos aplicados à prática de enfermagem, com a finalidade de testar e ou adequar o modelo proposto.

Lantz (1981) desenvolveu estudo para verificar a relação existente entre a atitude de idosos relacionados à auto-realização e suas habilidades em participar ativamente em práticas de auto-cuidado. Baseou-se na definição de competência como poder de um indivíduo para engajar-se em operações estimativas, transicionais e produtivas, essenciais para o auto-cuidado de Orem e no modelo referente aos componentes da competência para o auto-cuidado, de Kearney & Fleischer. As atividades de auto-realização foram medidas pelo "Personal Orientation Inventory" de Shostrom e o nível da competência dos idosos para o auto-cuidado, pela "Exercise of self-care Agency Scale" de Kearney & Fleischer. Os instrumentos foram aplicados a 366 indivíduos, e da análise dos dados obtidos a autora concluiu: a) a premissa da auto-valorização e da auto-estima são importantes na habilidade de uma pessoa para assumir um papel ativo de auto-cuidado e b) o conceito de auto-realização está significativamente relacionado com a competência do idoso para o auto-cuidado. Lantz (1981) avança consideravelmente nos estudos de auto-cuidado com pessoas idosas, pois vem completar os estudos já realizados por Orem (1985) e pelo NDCG (1979).

Bower & Patterson (1986) defendem a assistência dos idosos na sociedade norte-americana, baseada no auto-cuidado, a fim de realçar as forças e potenciais dos idosos que são vistos como improdutivos, dependentes e frágeis. Baseando-se na teoria do auto-cuidado de Orem, as autoras elaboraram um referencial teórico para um modelo de histórico de enfermagem (assessment),

a partir dos três tipos de exigências de auto-cuidado desenvolvidas por Orem: a) exigências de auto-cuidado universais; b) exigências de auto-cuidado de desenvolvimento; e c) exigências de auto-cuidado de desvio de saúde. Para cada tipo de exigência foram ressaltados aspectos do processo de envelhecimento, relevantes para a assistência de enfermagem à pessoa idosa. Este trabalho faz avançar o estudo do auto-cuidado relacionado às pessoas idosas, pois partindo dos conceitos de Orem (1980) especifica-os para a problemática da pessoa idosa.

Preocupada com a inatividade das pessoas idosas institucionalizadas, e baseada na suposição de que a atividade física contribui na manutenção das atividades de auto-cuidado, Cherry (1982) desenvolveu seu estudo tendo como marco conceitual a Teoria do Auto-Cuidado de Orem. Com o objetivo de verificar a competência do idoso para o auto-cuidado, foram formuladas as seguintes hipóteses: a) indivíduos idosos participando em programas de exercício físico, mostrarão aumento nas atividades de auto-cuidado relacionadas à higiene pessoal e b) indivíduos idosos participando em programas de exercício físico mostrarão um aumento de atividades de auto-cuidado relacionados à alimentação. Para testar a realidade destas hipóteses, a autora idealizou um programa de atividades estimulando a conscientização da necessidade de descanso e repouso e utilizando as capacidades pessoais como base para o desenvolvimento do programa. A experiência foi realizada com 19 idosos que apresentavam algum déficit na competência para o auto-cuidado e necessitavam de algum tipo de ajuda em suas atividades diárias. A evolução dos idosos foi verificada através do "Performance Test of Activities of Daily-Living" (PADL), desenvolvido por Kuriansky e Gurland e considerado apropriado para a população em estudo. A análise estatística dos dados não comprovou as hipóteses. Entretanto, a

autora considera que, embora o tempo para desenvolvimento do programa tenha sido curto (4 semanas) e a amostra pequena, interferindo no resultado do estudo, foi observado um aumento na socialização do grupo e de maneira global houve uma melhora no estado dos idosos do grupo experimental, demonstrando a necessidade de maiores estudos sobre programas de atividades com grupos de idosos. Estudos desta natureza e obedecendo a melhores critérios metodológicos são de suma importância para a testagem dos conceitos e da teoria do auto-cuidado de Orem.

Hankes (1984) relatou a assistência de enfermagem a um idoso com 87 anos com problema de isquemia nas extremidades do membro inferior esquerdo, que se encontrava acamado em sua casa, sofrendo fortes dores e recusando-se ao tratamento médico e à hospitalização. A partir de um marco de referência baseado na teoria do auto-cuidado, as enfermeiras puderam organizar e sistematizar o planejamento e implementação das ações de enfermagem a fim de melhorar a condição de vida do cliente. O trabalho foi desenvolvido, em princípio, com a família e posteriormente, com a equipe hospitalar, por ocasião de sua hospitalização, para a amputação de parte do membro inferior esquerdo. Nesta fase, a assistência de enfermagem com enfoque no auto-cuidado ocorreu desde o pós-operatório imediato até a alta hospitalar. Foram também considerados aspectos relacionados ao envelhecimento. A avaliação do cliente nos sistemas de enfermagem foi satisfatória, evoluindo de um sistema totalmente compensatório para um sistema de apoio educativo. A conclusão da autora é de que todo o processo permitiu o desenvolvimento das capacidades individuais do cliente idoso para o auto-cuidado, mostrando com isto que a assistência de enfermagem voltada para o auto-cuidado, mesmo em situações de crises agudas, contribui para o desenvolvimento das potencialidades humanas.

Todos os estudos revisados foram tentativas de instrumentalizar a aplicação da Teoria do Auto-Cuidado. Os autores preocuparam-se em estudar o comportamento do idoso e com a definição de suas capacidades para, a partir daí, definir uma melhor assistência de enfermagem.

Neste sentido, o desenvolvimento de propostas metodológicas de assistência, baseadas na Teoria de Auto-Cuidado de Orem (1985) e comprometida com a realidade sócio-econômica e cultural de cada população, vêm contribuir sobremaneira na assistência aos indivíduos idosos e no desenvolvimento da enfermagem, enquanto parte dessa assistência. O estudo que se realizou através da presente dissertação visou identificar, a partir do convívio com mulheres idosas suas necessidades e potencialidades com respeito ao conceito de auto-cuidado. Assim sendo tal abordagem corrobora com os estudos já realizados e abre novas perspectivas na assistência ao indivíduo idoso.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

Este capítulo pretende esclarecer o tipo de pesquisa desenvolvida, a caracterização do local onde ocorreu a constituição da população e amostra, a descrição do instrumento utilizado e o procedimento de coleta e análise dos dados.

Tipo de Pesquisa

O estudo desenvolvido partiu do marco conceitual baseado na Teoria de Auto-Cuidado de Orem (1980) para levantar informações a respeito das exigências de auto-cuidado terapêutico específicas de mulheres idosas, e para estudar ações desenvolvidas pelas mesmas para atender a tais exigências. Caracteriza-se desta forma como uma pesquisa de nível I, de delineamento exploratório descritivo.

Para Brink & Wood (1983) o delineamento descritivo exploratório é aquele que possibilita o desenvolvimento dos primeiros passos de um novo conhecimento e se caracteriza como o mais apropriado para tal, pois permite ao pesquisador explorar diferentes aspectos de uma determinada variável. Outras autoras, como Polit & Hungler (1985), esclarecem que a pesquisa exploratória, também chamada por elas de não-experimental, não tem o propósito de explicar e nem compreender as causas subjacentes das variáveis de interesse, mas o seu objetivo é o de observar, descrever e compreender os aspectos de uma situação.

Baseando-se nas autoras citadas, justifica-se o delineamento exploratório descritivo escolhido para o estudo do problema de pesquisa em questão: Quais as exigências terapêuticas de auto-cuidado da mulher e qual é a sua competência para satis-

fazê-las.

Para Polit & Hungler (1985) três tipos de restrições impedem a experimentação e, em consequência, tornam útil e necessário o enfoque exploratório. São eles: a) certo número de variáveis independentes, não suscetíveis ao controle, nem à distribuição aleatória, ou seja, variáveis inerentemente não manipuláveis; b) variáveis independentes manipuláveis do ponto de vista teórico, mas eticamente desaconselháveis para fins de experimentação com sujeitos humanos; e c) dificuldades em manipular variáveis devido ao tempo insuficiente, incomodidades, ou manifestações prévias dos fenômenos em investigação. Ressaltam ainda as autoras que muitos estudos em que participam seres humanos não são experimentais e a eles se associam um número razoável de investigações na área de enfermagem. Ressalta-se aqui a importância de esse estudo ser conduzido através de um delineamento exploratório descritivo, pois se trata de estudo das características próprias de pessoas idosas, que, por serem aquisições acumuladas no decorrer de toda uma existência, certamente são muito complexas para serem manipuladas.

Dois tipos de estudos caracterizam-se como sendo de delineamento tipicamente exploratório, segundo Polit & Hungler (1985): o de tendência e os de campo. Os estudos de tendência comprovam mudanças ou a falta delas na manifestação de diversos fenômenos na esfera temporal. Os estudos de campo são investigações que se praticam em circunstâncias sociais reais, como hospitais, clínicas, unidades de assistência intensiva, ambientes assistenciais e semelhantes. A finalidade destes estudos é a de investigar sistematicamente as práticas, condutas, comportamentos e características de indivíduos ou grupos conforme vivem na vida real. Neste caso é característico que o foco do investigador seja um só meio social para poder estudá-lo em profundidade

(Polit & Hungler, 1985). Assim sendo, o estudo que se apresenta constitui-se de uma pesquisa de campo que visou explorar e descrever, com base no marco conceitual fundamentado na Teoria de Auto-Cuidado de Orem (1980), as seguintes variáveis: exigência do auto-cuidado terapêutico de mulheres idosas e a competência destas mulheres para atender a tais exigências. Competência esta verificada através das ações do auto-cuidado.

Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em um centro vivencial de idosos situado no município de Florianópolis. Este centro comunitário é uma instituição que visa ao atendimento de pessoas idosas acima de 60 anos e que sejam independentes com relação à capacidade locomotora, de higiene, de alimentação, de comunicação e que tenham uma condição de saúde que não necessite de outras pessoas para o seu cuidado.

Esta instituição, chamada de Centro Vivencial para Pessoas Idosas (C.V.I.) (*), foi idealizada, construída e é agora administrada por um órgão da Igreja Metodista de Florianópolis, a Associação Metodista de Ação Social (A.M.A.S.). Este centro faz parte de um projeto que prevê o atendimento de pessoas idosas em diferentes níveis de complexidade: a) o idoso independente; b) o idoso semi-independente; e c) o idoso dependente de cuidados médicos e de enfermagem. A primeira fase deste projeto, o atendimento a idosos independentes, está funcionando há 3 anos e encontra-se ainda em fase experimental.

A filosofia que permeia este trabalho é a de que o idoso deve continuar sendo produtivo e integrado à comunidade e

(*) A autorização do nome do Centro Vivencial para Pessoas Idosas nesta pesquisa foi autorizada pela direção desta instituição, conforme Anexo III.

deve ser estimulado a resolver os seus próprios problemas. Desta forma, normas e condições foram criadas para que o idoso desenvolvesse tarefas do cotidiano e se estimulasse para as atividades físicas, como por exemplo: a) inexistência de elevadores no prédio; b) corrimões nos corredores; c) longas calçadas nos jardins com corrimões; e d) lavanderia com máquinas para lavar e secar as roupas, facilitando que o próprio idoso cuide destas tarefas.

O C.V.I. localiza-se em uma área de 25.000 m² na lateral de uma elevação arborizada. Na parte fronteira do terreno fica a construção com três pisos. Na frente do prédio há uma entrada pavimentada com cerca de 80 metros de extensão, que dá acesso da rua ao prédio. Ao chegar no prédio a entrada se bifurca, a parte da esquerda para a entrada do edifício e a da direita para os fundos. Nos espaços livres, da rua até o prédio, existem jardins com gramados, flores e árvores que mantêm o ambiente fresco e arejado. Nas calçadas, no gramado e em frente à entrada, há bancos para os idosos se sentarem. A pavimentação que segue para os fundos do terreno leva para a horta e para um pequeno lago, que foi formado em torno de uma frondosa árvore, onde é possível se chegar através de duas pequenas pontes. O lago foi formado pelas águas de um córrego que desce do morro. Dos dois lados do córrego até a uma pequena cachoeira há cerca de 40 metros de calçadas com corrimões. Próximo ao lago, além da horta, há um espaço gramado com um caramanchão e bancos para se sentar.

A arquitetura do prédio baseou-se na filosofia da não institucionalização e projetou um prédio que tem as características de um hotel ou um edifício de apartamentos ou, ainda, área de lazer e não uma residência de idosos. Internamente foram eliminados os longos corredores que deprimem e institucionalizam e

foi dada a preferência por linhas curvas ou formas hexagonais, que evitam "fechar" uma pessoa dentro de quatro paredes. Externamente o prédio foi pintado de uma cor leve e alegre: rosa salmão e internamente as paredes são todas de cor gelo, para que sejam pouco notadas. O carpete é verde, lembrando a natureza, que se vê das janelas. O piso cerâmico é de cor verde beje, para a mesma finalidade. A abundância de vidros em portas e janelas amplas objetiva tornar o prédio transparente, tanto de fora para dentro como de dentro para fora.

O acesso às dependências do prédio é feito pela recepção, que se localiza no primeiro piso no centro da construção. A recepção possui uma ante-sala mobiliada com poltronas, mesas de centro, vasos de flores e quadros nas paredes. A recepção propriamente dita fica na sala aos fundos dessa, separada por um vidro. Existem aí poltronas, uma mesa de centro com arranjos de flores, um armário embutido, e uma escrivaninha com telefone. Quem utiliza esta sala é a coordenadora interna do C.V.I.. A coordenadora interna, que é assistente social, é a pessoa que atende aos idosos, a casa e recebe os visitantes e familiares dos idosos.

Da recepção para a direita há o refeitório, que é amplo, com janelas grandes, e que dá para os fundos do prédio. Desse refeitório pode-se avistar o lago e a horta. O refeitório é totalmente diferente do restante do edifício, que tem características de intimidade, com tetos baixos. Ao contrário, o refeitório tem teto alto, com vigas expostas, lembrando um elegante restaurante. Nele há mesas para seis pessoas cada, sempre cobertas com toalhas de tecido e por cima, um plástico, que é limpo após cada refeição. As cadeiras são macias e confortáveis. Há sempre reserva de mesas e cadeiras no refeitório. Os idosos sentam-se em grupos de seis. Quando eles chegam para as refeições,

que são destinados a todos no mesmo horário, as mesas já estão arrumadas e após a oração diária uma das cozinheiras serve as mesas. Algumas das idosas colaboram, ajudando a servir e a retirar as mesas. No refeitório há ainda um aparelho de som que geralmente, é ligado com música clássica ou contemporânea durante as refeições.

Junto ao refeitório, à direita, fica a cozinha, que é equipada com um fogão industrial no centro, pias ao redor para o preparo da comida e lavagem dos utensílios, máquina para lavar louça, e uma geladeira grande com "freezer". Na cozinha trabalham uma cozinheira e uma auxiliar de cozinha.

A alimentação servida no C.V.I. compreende três refeições: a) das 8 às 9 horas - café da manhã, quando geralmente é servido leite, café, chá, pães e biscoitos, manteiga queijo e geléias caseiras e uma fruta; b) às 12 horas - almoço que baseado em arroz, feijão, legumes uma salada de verduras cruas e carnes. A alimentação é preparada com pouco óleo e pouca gordura, as verduras e legumes crus são bem picados, e as carnes e legumes, bem cozidos. Após o almoço serve-se diariamente sobremesa e cafézinho; e c) às 17,30 horas lanche da tarde. Neste horário é servido leite, chá, café, pão, biscoitos, manteiga, geléias e algum prato quente leve. Os idosos geralmente têm em seus quartos alimentos como: iogurte, frutas, bolachas, chá ou leite, que preparam caso sintam vontade de tomar alguma outra alimentação antes de dormir.

Continuando a descrever a planta física do prédio, após os refeitórios, seguindo para a direita, há uma despensa equipada com um "freezer" grande e prateleiras com estoque de materiais, principalmente alimentos. A utilização de materiais da despensa é controlada por fichas pelo serviço de secretaria do C.V.I..

Em frente à despensa há uma sala de repouso para a equipe de trabalho do C.V.I.. Seguindo o corredor, em frente fica a lavanderia que é equipada com tanques, máquinas de lavar e secar, varais baixos e mesas para passar roupa. A lavanderia é ampla, com janelas grandes.

Abaixo da cozinha, há um sub-nível com um apartamento destinado ao pessoal da administração. O apartamento possui dois quartos, sala, cozinha e banheiro e no momento é utilizado pela coordenadora interna e sua família. Do lado deste apartamento há também quatro garagens e uma oficina para reparos e depósitos. Dirigindo-se para o outro lado do piso e tomando como referência a recepção, à esquerda existe um corredor que conduz à parte de habitação do prédio. No corredor, da recepção à área de apartamentos, existem: a) do lado esquerdo, dois banheiros de uso comunitário, um para mulheres e outro para homens, e a sala da diretoria; e b) do lado direito do corredor há uma ampla sala de reuniões com uma mesa longa e cadeiras à sua volta. Há ainda nesta sala uma vitrola antiga e uma máquina de costurar. Aí são realizadas, principalmente, as reuniões para trabalhos manuais, grupos de estudo e reuniões das diferentes comissões de atividades em que se distribuem os residentes. Deste lado, ainda do corredor, já no final, fica a secretaria do C.V.I., equipada com armários, escrivaninhas, cadeiras e materiais de escritório. Neste lugar trabalham dois senhores idosos, que são residentes no C.V.I. e que cuidam da contabilidade e controle do estoque.

Passando o corredor em direção aos apartamentos há uma escada que conduz aos pisos superiores. O lado dela há um consultório, que é a sala destinada a exames médicos, mobiliada com uma maca para exames, uma escadinha, uma braçadeira, uma balança grande, uma escrivaninha de aço, uma cadeira e um armário pequeno de aço e vidro, onde ficam os medicamentos e materiais para

curativos de emergência. Este local é pouco utilizado por não haver um profissional da área da saúde trabalhando regularmente, porque nesta primeira fase do C.V.I., que é a de abrigar idosos independentes, a administração entende como dispensável este profissional. Entretanto, existe este espaço para uma eventual intercorrência.

Na área de habitação do prédio há um conjunto de apartamentos distribuídos em três pisos numa forma hexagonal fazendo com que as linhas das paredes externas sejam convexas, proporcionando ao residente ter sempre uma vista panorâmica da natureza que cerca o prédio, através das amplas janelas. Ao contrário, as linhas das paredes internas são côncavas, formando ao centro do hexágono uma sala redonda para onde convergem as portas dos apartamentos localizados à sua volta estimulando a interação entre os residentes. Esta sala é mobiliada com poltronas confortáveis, mesas de centro e de canto e são enfeitadas com vasos de flores e quadros nas paredes. Estas salas são usadas para reuniões comunitárias, ginásticas, e para o uso particular de cada idoso como, por exemplo, fazer algum trabalho manual, receber visitas ou fazer alguma leitura. Existe ainda nesta sala uma pequena cozinha com pia, fogão e geladeira para uso dos idosos deste piso, para o preparo de chás ou café nos intervalos das refeições. Em cada piso existem um a dois apartamentos individuais com banheiro privativo, e apartamentos conjugados com 2 quartos para um banheiro. As salas comunitárias em cada piso mais a sala de recepção e a sala de reuniões oferecem uma opção para visitação, estudo, leitura, trabalhos manuais, ou reuniões se o residente preferir não usar o seu próprio apartamento.

Nos apartamentos conjugados há uma área de uso comum entre os moradores, que   o corredor de entrada e o banheiro. A

entrada dos apartamentos dá para este corredor, que é semicircular. Em um dos extremos dele fica o banheiro, que é dividido em lavabo e banho. Próximo ao vaso sanitário, na parede, há um corrimão muito funcional, onde o idoso pode se segurar para sentar e para levantar do vaso sanitário. Assim também ocorre no chuveiro: um corrimão para o idoso se segurar caso haja necessidade.

Próximo à entrada do banheiro fica um dos quartos e o outro fica no final do corredor oposto ao banheiro. Estes quartos são grandes, com janelas grandes, e os idosos geralmente o mobiliam com uma cama de solteiro, armário para roupa, mesa pequena, poltronas, sofás e televisão, tendo espaço para até duas camas. Cada morador deve mobiliar e decorar o quarto a seu próprio gosto. Inclusive são estimulados a trazer os móveis que tinham em suas casas.

Entre os dois quartos, no corredor, há um balcão com pia e sobre este um armário preso à parede, onde os moradores deste tipo de apartamento guardam algum mantimento ou preparam algum lanche.

Quanto aos apartamentos individuais, estes são menores e abrigam apenas uma pessoa ou um casal. Passando pela pequena cozinha existente na área comunitária, pode-se entrar no apartamento. Em frente à porta de entrada localiza-se o banheiro, com as mesmas características dos banheiros dos apartamentos conjugados. Para a direita fica o quarto de tamanho médio e janelas amplas. Cada idoso decora como lhe convém e geralmente o utilizam como quarto e também como sala.

Em cada piso do prédio há um apartamento e três conjugados, com exceção do primeiro piso que tem dois individuais e dois conjugados. A figura II, a seguir, mostra a planta física baixa do C.V.I.

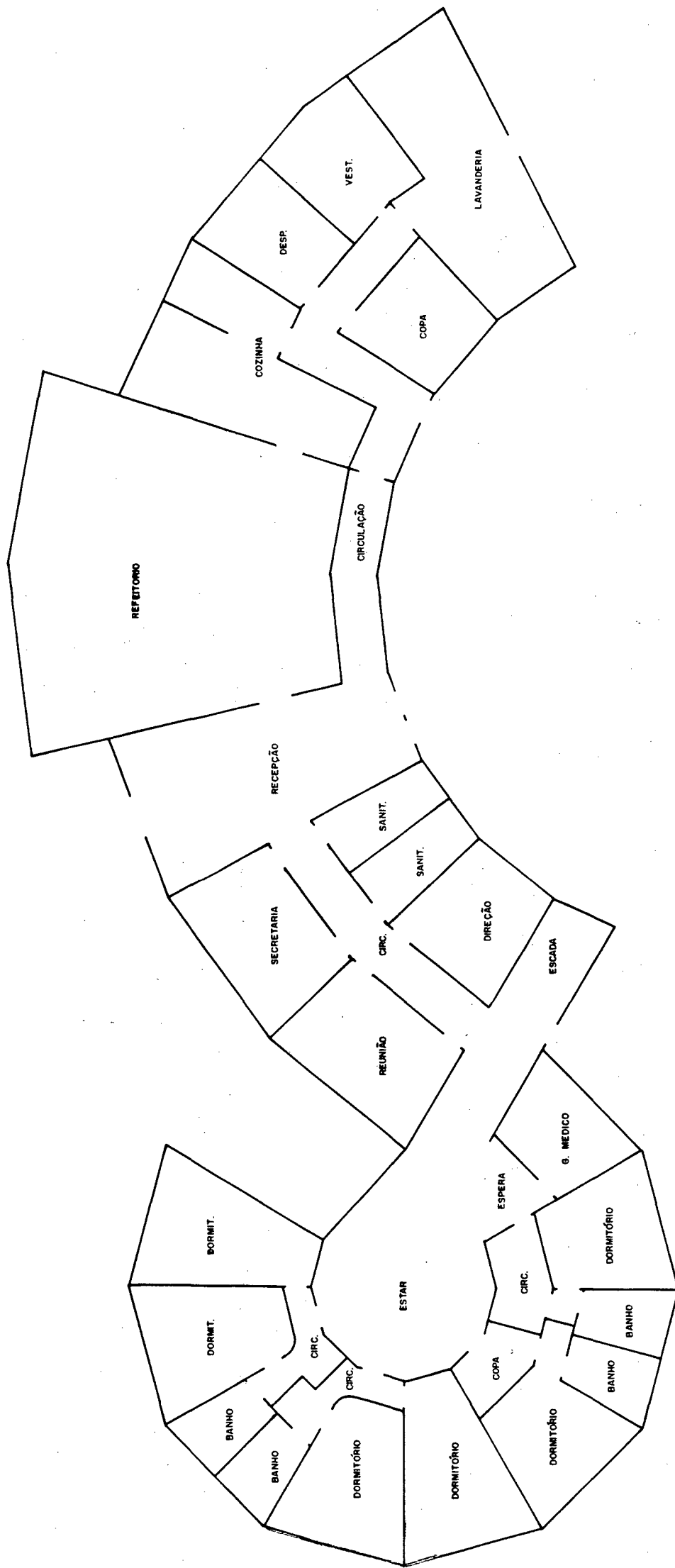


Fig. II: Planta Física do C.V.I.

A administração do C.V.I. é feita por um Conselho Administrativo, formado por pessoas da A.M.A.S.. Trabalham no C.V.I.: a) o diretor geral; b) a coordenadora interna; c) a coordenadora de atividades para os idosos; d) a cozinheira e a auxiliar de cozinha; e) a faxineira e auxiliar de faxina; e f) o jardineiro. Trabalham ainda na secretaria, dois idosos; o administrador que é um residente, responsável por todo o movimento financeiro, pelas compras e pela manutenção do C.V.I; e o seu auxiliar, que também é um idoso residente.

O sistema financeiro do C.V.I. é cooperativo. Os residentes dividem entre si as despesas de manutenção que são relatadas mensalmente e discutidas em reunião geral. O percentual de pagamento varia de acordo com o tamanho do apartamento e o número de pessoas residentes nele. As pessoas que aí moram dispõem de uma aposentadoria ou pensão capaz de cobrir a mensalidade, ou a família responsabiliza-se pelo pagamento.

Os requisitos definidos pelo C.V.I. para que o idoso seja aceito como residente são: a) ter 60 ou mais anos e ser ativo e participante; b) gozar de boa saúde; c) escolher de vontade própria residir nesta comunidade; d) professar a fé cristã e ter recomendação de seu pastor ou sacerdote; e) gostar do convívio comunitário; f) ter condições de pagar a mensalidade e suas despesas pessoais extras, com recursos próprios ou de familiares e g) ser aceito pelo conselho administrativo.

No C.V.I. há uma programação semanal regular: a) reuniões comunitárias todas as segundas-feiras pela manhã; b) reuniões de artesanato às terças-feiras à tarde; c) reuniões informativas com palestrantes convidados sobre os temas considerados de interesse dos idosos nas sextas-feiras; d) reuniões ecumênicas de oração cinco vezes por semana dirigidas pelos próprios idosos; e) ginástica para idosos duas vezes por semana ofereci-

das por professores da Universidade do Desenvolvimento de Santa Catarina (UDESC); e f) estudos bíblicos e cultos religiosos na tradição metodista aos domingos. Apesar de haver uma recomendação por parte da administração, para que os idosos participem destas programações, eles não são obrigados a fazê-lo. No C.V.I. os idosos são livres para programar suas próprias atividades e ficar fora do centro quanto tempo desejarem, bastando uma comunicação de onde estarão. Neste centro comunitário residem 18 pessoas idosas: a) 2 casais; b) 2 homens que vivem sozinhos, e 12 mulheres que também moram sozinhas. As atividades diárias destas pessoas se resumem em: a) atividades físicas; b) atividades ocupacionais; c) atividades sociais; d) atividades de lazer; e) atividades religiosas; e f) atividades intelectuais.

Com relação às atividades físicas, observou-se que a maioria dos idosos fazem caminhadas diárias pelas calçadas existentes nos jardins e nas calçadas da rua em frente. Como atividade física ainda, a direção do C.V.I. propiciou uma atividade de ginástica aeróbica duas vezes por semana. A ginástica é direcionada e foi muito bem aceita pelos idosos do estudo, sendo que 13 deles participam regularmente. É realizada dentro do prédio, na sala de reuniões do primeiro piso, que é acarpetada e mobiliada com poltronas, para aqueles idosos que necessitam sentar e fazer apenas os exercícios localizados. As atividades relacionadas a arrumação do apartamento e lavagem da roupa é assumida pela maior parte dos idosos. Um pequena parte das mulheres (aquelas com menos condições físicas), e os homens, pagam para uma lavadeira da redondeza lavar e passar suas roupas. Os idosos ainda consideram como atividade física suas idas ao centro da cidade, aos bancos, para receberem pensões ou aposentadoria, ou para fazerem compras na cidade ou mesmo no supermercado do bairro. Muitos deles fazem parte ativa das atividades da Igreja

Metodista situada na entrada do C.V.I..

Entre outras, que também podem ser consideradas como físicas, existem as atividades ocupacionais, através das quais os idosos responsabilizam-se por determinadas tarefas dentro do C.V.I., como por exemplo, quatro dos idosos trabalham o ano todo na confecção de cartões para a venda no Natal. Outras duas, trabalham nas atividades de educação religiosa da Igreja Metodista. A maior parte trabalha na confecção de trabalhos manuais (crochê e bordados) para serem vendidos no bazar beneficente do C.V.I.. Apenas uma destas senhoras trabalha para vender os seus trabalhos e reverter o dinheiro para o seu próprio sustento. Uma outra, por sua própria iniciativa e necessidade, assumiu a responsabilidade de orientar a organização dos canteiros e o plantio da horta. Isto parece lhe causar muita satisfação. Sua atividade na horta não inclui o manuseio da terra, mas é a de orientar o preparo da terra e o plantio, além de observar o desenvolvimento das plantas e indicar o momento de replantio e da colheita. Um outro idoso assumiu com muito afinco o trabalho voluntário na secretaria.

As atividades sociais dos idosos desta comunidade compreendem reuniões, comemorações familiares, visitas a casa de parentes, e comemorações e cerimônias do C.V.I.. Observou-se que a maioria dos idosos deste grupo participa dessas atividades, embora outros demonstrem pouca disposição para isso. Observou-se que todas as atividades sociais desenvolvidas são proporcionadas em primeiro lugar pela administração do centro vivencial e em segundo pela família. Poucos são os idosos que conseguem programar suas próprias atividades sociais.

Com relação ao lazer, ainda não há no C.V.I. um programa regular de atividades recreativas. Esporadicamente a administração promove passeios aos recantos da Ilha e programas de

cinema e de teatro. Entretanto, estas atividades não costumam contar com a participação de todos os idosos. Nos finais de semana geralmente as famílias os incluem em seus programas e passam para levá-los. Além destas atividades, parece que assistir à televisão é para este grupo sua mais constante atividade de lazer.

A atividade religiosa no C.V.I. compreende: a) culto semanal na capela; b) reuniões de oração cinco vezes por semana em um dos apartamentos; e c) cultos e cerimônias especiais. Os cultos são ministrados pelo diretor geral, que também é pastor da Igreja Metodista. Destas atividades participam a maioria dos idosos e a questão da espiritualidade parece estar presente no grupo, mesmo porque um dos requisitos de entrada no C.V.I. é o de que o idoso deva professar alguma religião cristã. Os idosos, uma vez residentes no C.V.I., não são obrigados a mudar de religião e nem a participar da programação religiosa.

Com relação à atividade intelectual, esta é estimulada pela administração do C.V.I. através da programação regular de reuniões informativas, semanais, quando é convidado alguém da comunidade para palestrar sobre algum assunto de interesse dos idosos ou da comunidade. As atividades intelectuais individuais não são muito freqüentes, pois poucos são os idosos que lêem regularmente jornais, romances, poesias ou fazem palavras cruzadas, embora exista na recepção um jornal diário, livros e revistas para leitura. A maioria dos idosos limitam suas atividades intelectuais em assistir aos jornais e às reportagens na televisão e em participar das reuniões informativas semanais.

Relação Pesquisadora e Idosas Participantes do Estudo

A população em estudo era conhecida da pesquisadora

desde o desenvolvimento, junto a este grupo, do projeto de estágio: aplicação da Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem aos residentes de um centro para pessoas idosas. O estágio foi desenvolvido em 90 horas, no primeiro semestre de 1987 e em cumprimento aos créditos práticos da disciplina de Saúde do Adulto do Curso de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina. Na época estabeleceu-se uma relação profissional muito agradável e até mesmo afetiva entre a enfermeira pesquisadora e a clientela idosa lá residente. Após o término do estágio houve outros contatos com os idosos através de visitas sociais ou de convite para proferir palestras, ou participação em atividades comemorativas do C.V.I.

Acreditou-se que neste estudo seria de fundamental importância a interação afetiva entre a pesquisadora e os componentes da amostra para que se estabelecesse um clima de confiança e respeito mútuo, que contribuisse na validade das respostas dos idosos nos momentos das entrevistas e possibilitasse uma observação mais real do comportamento dos pesquisados. Por isto, a proposta deste estudo compreendeu o seu desenvolvimento junto aos idosos residentes no C.V.I.

Quando do primeiro contato com a administração do C.V.I., para verificar a possibilidade do desenvolvimento da pesquisa nesta instituição, pode-se perceber que a administração se mostrou interessada em receber novamente a pesquisadora no campo. Nesta fase sentiu-se também que seria necessária uma nova adaptação da pesquisadora ao ambiente, assim como dos residentes à pesquisadora, principalmente porque: a) já havia decorrido um ano do término do estágio, seguido de visitas esporádicas ao local; b) novos moradores vieram para o C.V.I.; c) os objetivos da pesquisadora eram então diferentes dos objetivos da fase anterior; e d) sentiu-se, na época, a necessidade de resta-

belecer relacionamento com os funcionários e com a administração do C.V.I.

Desta forma foi programada a permanência da pesquisadora no campo antes de iniciar a coleta de dados, por um período de um mês, com quatro horas diárias, de segunda a sexta-feira. Durante este período foram feitas reuniões com a administração para apresentar o projeto de pesquisa, a qual, após discussão e análise, deu o parecer favorável a sua realização e autorizou o livre acesso ao C.V.I., assim como concederam apoio e condições materiais para que a pesquisa se desenvolvesse. Mas solicitou que a passagem da pesquisadora por ali viesse também contribuir com o C.V.I. através de observações e sugestões quanto ao funcionamento da instituição de maneira geral e com relação aos idosos, particularmente. Isto pareceu razoável à pesquisadora, pois seria uma forma de troca de informações que contribuiria com ambas as partes. Ainda durante este período estabeleceu-se convivência com os funcionários e com os idosos de maneira geral e, principalmente, com novos moradores.

A partir do momento em que a administração autorizou o desenvolvimento da pesquisa, foi então marcada uma reunião com todos os idosos, pois se fazia necessário explicar-lhes o motivo da presença diária da pesquisadora no campo e os objetivos do estudo. É importante esclarecer que a fase anterior, em que a pesquisadora atuou junto aos idosos, teve o objetivo de aplicar uma teoria de enfermagem, e isto foi feito, na época, através do desenvolvimento de todos os passos do processo de enfermagem. Então, os idosos pareciam estar habituados com a pessoa da pesquisadora atuando em seu papel de enfermeira, assistindo-os e orientando-os em seus problemas individuais de saúde.

Esta relação profissional já havia sido estabelecida antes e parecia ser muito positiva para os idosos, pois eles

viam na enfermeira uma pessoa que geralmente ouvia suas queixas, aquela com quem questionavam sobre seus problemas do cotidiano, de saúde, de adaptação, enfim uma pessoa que os ajudava a resolver problemas, principalmente aqueles específicos de saúde. Por isso, fez-se necessário explicar claramente que a atuação da pesquisadora teria o objetivo de coletar dados para a pesquisa e que este teria um prazo para ser atingido. Assim sendo, sua postura teria que ser menos atuante com relação à assistência de enfermagem.

Haviam se passado três semanas, com a finalidade de restabelecer interações e iniciar relacionamento com as novas moradoras. No final da terceira semana já havia uma expectativa com relação à entrevista. Então, partindo desta expectativa começou-se, naturalmente, o agendamento das mesmas para a quarta semana. É importante ressaltar que, uma vez que já havia ocorrido uma interação na fase anterior, foi fácil restabelecê-la em um nível satisfatório, o que parece ter influenciado as novas moradoras, pois a interação com as mesmas também foi fácil. Após quatro semanas iniciaram-se os encontros com data e horário marcados, respeitando a disponibilidade de cada idosa e programação do C.V.I. A partir daí as visitas da pesquisadora ao campo foram reduzidas para um número de três semanas, de quatro horas cada uma delas. Durante as visitas eram realizadas entrevistas, observações, intervenções de enfermagem e participação nas atividades ali desenvolvidas. Esta forma de participação junto ao grupo foi importante porque permitiu contatos frequentes com as idosas participantes da pesquisa, possibilitando uma observação rigorosa do comportamento de cada uma delas, bem como da confirmação ou não das informações já obtidas.

População e Amostra

A população deste estudo constituiu-se de idosos residentes em um ambiente comunitário, ou seja, um centro vivencial para pessoas idosas, cujo funcionamento, por ocasião do início desta pesquisa, havia se dado há um período menor que dois anos. Moravam no C.V.I., nesta época, 13 mulheres e 4 homens, todos com sessenta anos ou mais de idade, alfabetizados e possuindo algum tipo de renda própria: aposentadoria ou pensões. A escolha desta população deveu-se principalmente ao fato da aparente homogeneidade do grupo, diferenciando-se de uma situação de asilamento. Conforme demonstram estudos psicogerítricos feitos por Cunha e colaboradores (1985), a maioria dos idosos residentes em asilos apresentam deterioração nas funções do comportamento diário, devido provavelmente ao isolamento social. Portanto, a escolha de um grupo onde a participação comunitária fosse constantemente estimulada pareceu ser mais apropriada para esta pesquisa.

A amostragem adotada foi do tipo intencional e a amostra foi definida como sendo todas as 13 mulheres idosas moradoras do C.V.I. Foram excluídos da amostra os homens idosos, pois devido ao número reduzido destes no grupo, provavelmente não contribuiriam de maneira expressiva nos resultados da pesquisa, para representar o sexo masculino.

Proteção aos Direitos dos Sujeitos

Em uma das reuniões semanais com todos os idosos presentes foi explicada a proposta da pesquisa e solicitou-se a participação das mulheres, e justificando-se aos homens a exclusão destes da pesquisa. Nessa reunião foi esclarecido que essa

participação não era obrigatória. Todas as mulheres do grupo no entanto, demonstraram interesse. Foram reunidas somente as idosas participantes para discutir os objetivos da pesquisa e os aspectos relacionados à proteção aos direitos humanos, como a preservação do anonimato na utilização das informações pessoais para fins didático-científicos. Nesta reunião solicitou-se também autorização as idosas quanto à possibilidade de a pesquisadora lançar mão de recursos como questionário, gravadores, fotografias e depoimentos, para registrar as informações referentes a cada uma delas. Neste sentido estabeleceu-se um acordo de que para o uso de qualquer um destes materiais a pessoa deveria conceder sua autorização individual. O anonimato de cada idosa foi preservado através da utilização de nomes fictícios. Os dados, após terem sido registrados, foram apresentados às idosas para que estas tomassem conhecimento e opinassem sobre o conteúdo referente a sua pessoa e para conceder autorização para serem apresentados nesta dissertação. Todas as questões relacionadas à proteção dos direitos humanos foi sempre uma preocupação da pesquisadora antes que uma reivindicação das idosas. Pareceu ético permitir-lhes oportunidade de opção e observar preservação de suas individualidades e privacidades.

Instrumento para Coleta de Dados

O instrumento para coleta de dados utilizado neste estudo foi elaborado pela autora desta pesquisa e denominado Instrumento para Identificação de Exigências de Auto-Cuidado Terapêutico em Indivíduos Idosos (IEATI). Ele é composto de duas partes: a) identificação das exigências terapêuticas de autocuidado em indivíduos idosos e b) identificação da competência para ações de auto-cuidado relacionadas às exigências identifi-

cadadas (Anexo I). Este instrumento foi elaborado sob a forma de um guia para o histórico e o diagnóstico de enfermagem e, portanto, por analogia corresponderia aos primeiros passos do processo de enfermagem qual seja, a fase de coleta de dados e análise dos mesmos. Na Teoria do Auto-Cuidado de Orem (1985), estes passos representam a fase em que o indivíduo ou a enfermeira identifica a exigência de auto-cuidado terapêutico assim como a competência para o auto-cuidado, isto é, a identificação do problema de enfermagem e a verificação do que cada indivíduo pode resolver por si próprio para manter o seu bem-estar. Desta forma o instrumento utilizado na coleta de dados teve a finalidade de: na primeira parte, identificar as exigências de auto-cuidado terapêutico para relacioná-las às ações de auto-cuidado que serão identificadas na segunda parte, onde se definirá a competência de cada idoso para o auto-cuidado.

Descrição do Instrumento - primeira parte

Natureza e Conteúdo: a primeira parte do instrumento foi desenvolvida por Alvarez (1987), durante estágio curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, com o objetivo de adequar a teoria do auto-cuidado de Orem (1980) à assistência de enfermagem a pessoas idosas. O desenvolvimento desta parte do instrumento pautou-se essencialmente na definição de exigências de auto-cuidado terapêutico como sendo as necessidades a nível de auto-cuidado universal, de desenvolvimento e de desvio de saúde e que requerem ações de auto-cuidado (Orem, 1980). A primeira parte deste instrumento tem por objetivo guiar a coleta de dados e identificar, a partir destes, as exigências de auto-cuidado terapêutico no indivíduo idoso. Quatro itens compõem a primeira parte do ins-

trumento. O primeiro é utilizado para identificação do sujeito e consta de nome, estado civil, sexo, idade, procedência, profissão desenvolvida antes da aposentadoria e religião. O segundo item refere-se aos requisitos de auto-cuidado desenvolvidos por Orem (1980) e adequados à situação do idoso, (Alvarez, 1987), que são: a) requisitos de auto-cuidado universal; b) requisitos de auto-cuidado de desenvolvimento e c) requisitos de desvio de saúde. Tais requisitos foram ainda sub-divididos em tópicos, descritos por Orem (1980) e adaptados ao idoso, conforme segue:

II - Requisitos de Auto-Cuidado:

1 - Auto-cuidado universal:

- a) manutenção de suficiente entrada de ar;
- b) manutenção de suficiente ingestão hídrica;
- c) manutenção de suficiente entrada de alimento;
- d) manutenção de cuidados associados com eliminação e excreção;
- e) manutenção do equilíbrio entre atividade e descanso;
- f) manutenção do equilíbrio entre estar só e interagir socialmente;
- g) manutenção do funcionamento e desenvolvimento normal;
- h) prevenção de risco à vida e ao bem-estar.

2 - Auto-cuidado de desenvolvimento:

- a) adaptação à velhice;
- b) adaptação à aposentadoria;
- c) adaptação à perda de papéis sociais;
- d) adaptação à perda de entes queridos e a lidar com o luto;
- e) adaptação à mudança de residência;
- f) adaptação à perda de identidade.

3 - Auto-cuidado nos desvios de saúde:

- a) presença de processos patológicos crônicos ou agudos já instalados;
- b) procedimentos associados ao diagnóstico e/ou tratamento médico;
- c) deficiências e incapacidades.

O terceiro item serve para as anotações referentes aos dados subjetivos e objetivos, colhidos pelo pesquisador. E o quarto item, para as anotações das exigências de auto-cuidado terapêutico identificadas a partir da análise dos dados subjetivos e objetivos anotados no terceiro item, conforme Anexo I.

Descrição do Instrumento - segunda parte

Natureza e conteúdo: a segunda parte do instrumento foi desenvolvida para esta pesquisa e objetiva reconhecer as ações de auto-cuidado pelo idoso face às exigências terapêuticas identificadas na primeira parte e classificá-las de acordo com o seu nível de desenvolvimento. O conteúdo desta fase do instrumento baseou-se nos estudos do NDCG (1979), que distinguem três tipos de operações de auto-cuidado: a) operações estimativas, ou seja, do tipo investigativas. Nesta fase o indivíduo busca e usa conhecimentos empíricos sobre si mesmo e sobre o ambiente, a fim de emitir um julgamento; b) operações transicionais - as quais ocorrem em uma fase entre as operações estimativas e as operações produtivas. Baseiam-se no conhecimento, experiência e valores do indivíduo com relação à necessidade e à disponibilidade de auto-cuidado. Nesta fase ocorrem o julgamento e a decisão do indivíduo sobre o que deverá ser feito; c) operações produtivas, aquelas que efetivamente já estão sendo reali-

zadas pelo indivíduo para atender a uma determinada exigência de auto-cuidado terapêutico. Convencionou-se neste estudo utilizar o termo ação em vez de operação, por entender que as palavras são sinônimas.

A segunda parte do instrumento é constituída então dos seus dois últimos itens. O quinto serve para a descrição das ações de auto-cuidado relatadas pelas idosas ou observadas pela pesquisadora, a partir de cada exigência de auto-cuidado terapêutico identificada em cada idosa. Finalmente, o sexto item é a escala que serve para classificar as ações de auto-cuidado de acordo com o nível de desenvolvimento de cada uma. É uma escala nominal e classifica as ações em: a) escore 1 - ação inefetiva (nenhuma ação sendo realizada face à exigência de auto-cuidado terapêutico; b) escore 2 - ações estimativas; e c) escore 3 - ações produtivas, conforme mostra o Anexo I. O escore total que define, para cada idosa, sua competência de auto-cuidado foi calculado através da média simples entre todas as ações produzidas e já anteriormente classificadas.

Procedimento da Coleta de Dados

A coleta de dados foi entremeada com a análise particularizada de cada situação pois, para a passagem de uma fase para a outra do processo de levantamento de dados, houve a necessidade da avaliação daqueles já existentes. A fim de identificar ou não as exigências e as ações de auto-cuidado relatadas pelas idosas.

Uma vez definida a amostra e estabelecida a interação com o grupo, a coleta de dados procedeu-se nos seguintes passos: 1º) levantamento dos dados através do instrumento IEATI; 2º) identificação das exigências de auto-cuidado terapêutico; 3º)

identificação das ações de auto-cuidado desenvolvidas pela idosa; e 4º) classificação das ações de auto-cuidado.

O primeiro passo, levantamento dos dados, foi realizado através de entrevistas. Os encontros para as entrevistas ocorreram sempre no apartamento de cada idosa e a duração dos encontros variaram entre uma e meia e duas horas. Houveram outros contatos e encontros, que possibilitaram o levantamento de dados. As entrevistas realizadas a cada encontro discorriam sobre os itens do instrumento, sem obedecer entretanto, a sua sequência, mas respeitando o fluir do diálogo. Foi preocupação da pesquisadora manter informalidade durante os encontros com cada idosa e explorar através de perguntas e comentários os assuntos que pareceram mais problemáticos com relação ao auto-cuidado. Dos encontros da pesquisadora com cada idosa resultaram: a) entrevistas; b) observações e exame físico e c) percepção da pesquisadora. Todos os dados obtidos eram anotados para posterior organização e reflexão.

O segundo passo consistiu na avaliação dos dados brutos para a identificação das exigências de auto-cuidado terapêutico. A avaliação dos dados contidos na primeira parte do instrumento (histórico de enfermagem) baseou-se fundamentalmente: a) na definição da exigência de auto-cuidado terapêutico como sendo as necessidades a nível de auto-cuidado universal, de desenvolvimento e de desvio de saúde que requeriam ações de auto-cuidado, (NDCG, 1979); b) na bibliografia pesquisada com relação às necessidades específicas da pessoa idosa e c) nas exigências do auto-cuidado terapêutico já conhecidas, identificadas e relatadas pela própria idosa. Neste sentido informações relevantes (relatos, queixas da idosa, observações da pesquisadora) foram extraídas do histórico de enfermagem de acordo com os requisitos de auto-cuidado.

Quando necessários, novos encontros eram realizados com a finalidade de esclarecer algum aspecto que, nos encontros anteriores ainda havia ficado obscuro.

A partir, dos dados e através dos critérios citados chegou-se, então, à definição das exigências terapêuticas de auto-cuidado, conforme mostra o exemplo I, a seguir:

EXEMPLO I

DADOS BRUTOS - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO DOS DADOS	DEFINIÇÃO DA EXIGÊNCIA DE AUTO-CUIDADO TERAPÊUTICO
<p>"Eu me alimento essencialmente de verduras. Como carnes, cereais, também, mas em pequenas quantidades. Já fiz uma dieta para emagrecer, porque o meu colesterol estava alto. No momento eu acho que estou gorda e gostaria de emagrecer, mas não consigo controlar com rigor a quantidade de alimento ingerido... No horário da refeição normalmente eu sinto fome e estímulo para alimentar-me. Não tenho o hábito de comer nos intervalos. Acho que o alimento é importante para o organismo e acho também que necessito controlar melhor a minha alimentação."</p> <p>"Neste exame foi que a taxa de colesterol deu alta e aí a médica recomendou-me um regime para baixar o colesterol. Eu fiz o regime e dieta tudo direitinho e o colesterol chegou a baixar. Há seis meses atrás eu fiz outro exame e a taxa estava normal. Mas mesmo assim eu deveria continuar com a dieta e com o regime, por que o meu peso ainda não era o ideal. Mas eu já não consegui mais ficar fazendo regime. Agora pretendo ir a médica e solicitar outro exame para controle. E quero também fazer um regime para emagrecer mas estou precisando de um estímulo."</p> <p>PESO = 73,000 KG ESTATURA = 1,56m</p>	<p>" - Neste exame foi que a taxa de colesterol deu alta. Aí a médica recomendou-me um regime para emagrecer e uma dieta para baixar o colesterol."</p> <p>" - Já fiz uma dieta para emagrecer porque o meu colesterol estava alto."</p> <p>" - No momento eu acho que estou gorda e gostaria de emagrecer mas não consigo controlar com rigor a quantidade de alimento ingerido".</p> <p>" - No horário da refeição eu sinto fome e estímulo para alimentar-me e não tenho o hábito de comer nos intervalos".</p> <p>" - Há seis meses atrás eu fiz outro exame e a taxa de colesterol estava normal mas mesmo assim eu deveria continuar, com a dieta e o regime porque o meu peso ainda não era o ideal".</p>	<p>EXIGÊNCIA DE AUTO-CUIDADO DO TIPO UNIVERSAL:</p> <p>* <u>Exigência de dados relacionados à necessidade de dieta hipocalórica e com baixo teor de gordura.</u></p>

A partir da identificação e da listagem das exigências de auto-cuidado terapêutico de cada idosa passou-se para o terceiro passo: explorar os dados com o objetivo de levantar as ações de auto-cuidado, desenvolvidas pelas idosas, referentes a cada exigência de auto-cuidado terapêutico já identificadas. As ações de auto-cuidado foram definidas como a atividade da idosa frente a uma situação problema identificada por ela ou pela pesquisadora. Tais ações de auto-cuidado podem se encontrar em níveis diferentes de desenvolvimento. Conforme definição adotada neste estudo, estas ações podem ser: a) ações inefetivas - escore 1; b) ações estimativas - escore 2; e c) ações produtivas - escore 3.

Identificar as ações de auto-cuidado desenvolvidas pelas idosas consistiu em eleger uma das exigências de auto-cuidado terapêutico já definida e identificada anteriormente e buscar nos dados brutos ações de auto-cuidado correspondentes à referida exigência. Observou-se, entretanto, nesta fase, que em alguns casos mais de uma ação poderia atender à exigência em questão e geralmente estas ações estavam interrelacionadas. Isto é, uma idosa pode desenvolver várias ações de auto-cuidado que, por sua vez, podem estar atuando sobre uma determinada exigência de auto-cuidado terapêutico.

O quarto passo consistiu na avaliação das ações para a sua classificação, mas como para cada exigência terapêutica foram identificadas uma ou mais ações de auto-cuidado, estas foram classificadas individualmente e posteriormente foi feita uma média simples do conjunto destas ações. Houve portanto, a necessidade de se definir uma escala nominal para enquadrar o conjunto das ações de auto-cuidado. Estabeleceu-se então, a seguinte escala: a) para o conjunto das ações que obtiveram média entre 1.0 - 1.6, considerou-se que não houve produção de

ações, ou seja, as ações foram inefetivas; b) quando a média do conjunto de ações variou entre 1.7 e 2.3, considerou-se este conjunto de ações oscilando entre ações estimativas e transicionais, sendo classificadas como ações em desenvolvimento; e c) quando a média do conjunto variou entre 2.4. e 3.0, considerou-se um conjunto de ações produtivas ou ações desenvolvidas. Demonstra isso o exemplo II, a seguir.

EXEMPLO II

EXIGÊNCIA DE AUTO-CUIDADO DO TERAPÊUTICO	CONJUNTO DE AÇÕES DESENVOLVIDAS	CLASSIFICAÇÃO DAS AÇÕES		
		1	2	3
<u>EXIGÊNCIA DE AUTO CUIDADO UNIVERSAL</u>	<p>" - Eu fiz o regime e a dieta tudo direitinho e o colesterol chegou a baixar".</p> <p>" - Há seis meses atrás eu fiz outro exame e a taxa de colesterol estava normal".</p> <p>" - Mas eu já não consegui mais ficar fazendo o regime."</p> <p>" - Agora pretendo ir a médica e solicitar outro exame para controle".</p> <p>" - Quero também fazer um regime para emagrecer, mas estou precisando de um estímulo.</p>		X	X
* Exigência de cuidados relacionados à necessidade de dieta hipocalórica e com baixos níveis de colesterol.		X	X	X

score = 2.0

Ações de nível estimativo

No capítulo seguinte serão apresentados os dados brutos de uma das participantes deste estudo. Para isso foi utilizado a técnica narrativa de entrevista, considerando que o processo de coleta de dados pautou-se em um instrumento aberto sob a forma de um histórico de enfermagem e levando-se em conta a singularidade e a unicidade do estudo de caso. Além desta narrativa o capítulo seguinte contém a análise e discussão dos resultados referentes aos treze casos estudados.

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo tem por finalidade a apresentação descritiva e a discussão dos resultados obtidos.

Apresentação dos Resultados

Considerando a impossibilidade da apresentação de todos as treze entrevistas, no relatório desta pesquisa, incluiu-se neste capítulo a descrição de apenas um dos casos estudados, para ilustrar o processo da pesquisa desenvolvido com cada idosa participante deste estudo.

Os dados brutos e os demais doze casos, analisados individualmente e não relatados na íntegra neste capítulo, encontram-se em posse da autora e disponível para consulta dos interessados.

A narrativa aqui apresentada foi organizada da seguinte forma: a) descrição dos dados brutos; b) quadro demonstrativo das exigências e das ações de auto-cuidado; c) quadro resumo das exigências de auto-cuidado e classificação das ações; e d) análise particularizada do caso, conforme segue.

NARRATIVA DO CASO DONA BEATRIZ (*)

Dona Beatriz é uma senhora de 77 anos, de cor clara cabelos grisalhos e curtos, estatura mediana e pesando 72.500Kg. Vestiu-se com roupas claras e discretas. Tivemos vários contatos antes de agendar a entrevista, ocorridos em reuniões, em almoços, em passeios pelo jardim e em conversas ocasionais pelos corredores do C.V.I. Ela estava morando há dois meses no CVI, mas pareceu-me sempre bem integrada ao grupo, apesar de apresentar-se como uma pessoa discreta e de pouca fala. No horário marcado para a entrevista, ela me aguardava em seu quarto, sentada em uma cadeira de balanço e fazendo crochê.

Seu quarto estava bem arejado e os móveis todos limpos e arrumados com toalhas bordadas. Logo na entrada, à direita da porta, havia uma cristaleira antigas com objetos de louças. À esquerda da entrada estava a sua cama, que era uma cama de casal, e em frente, o roupeiro. Do outro lado da cama havia uma cômoda combinando com os outros móveis. No canto do quarto, oposto à porta, havia uma máquina de costura fechada e coberta com uma toalha bordada. Em frente à janela, uma pequena mesa redonda com uma toalha comprida, até o chão. Próximo a ela estava uma cadeira com o assento bordado. Todos os móveis do quarto estavam muito bem cuidados e pareciam estar nos seus lugares certos.

Quando cheguei no apartamento ela cumprimentou-me com um sorriso agradável e sugeriu que me sentasse na cadeira próxima à mesinha, em frente à janela, para que eu ficasse mais bem acomodada para as anotações. Ao meu comentário sobre a beleza

(*) Nome fictício, utilizado com a finalidade de garantir o anonimato às idosas participantes deste estudo.
- A entrevista foi posteriormente apresentada à informante que concordou com o conteúdo descrito, autorizando sua utilização nesta dissertação.

dos bordados que havia sobre os móveis, ela levantou-se e abriu algumas gavetas do roupeiro para me mostrar outros trabalhos também feitos por ela. Neste momento conversamos algumas trivialidades sobre trabalhos manuais. Entretanto, para dar início à entrevista propriamente dita, eu a coloquei a par do objetivo do meu estudo e ressalttei a importância de sua contribuição ao responder às minhas perguntas. De maneira informal, dei início à entrevista, perguntando-lhe: Dona Bia, qual é o seu nome verdadeiro, já que este deve ser o seu apelido, não é ?

Informante - Meu nome é Beatriz, mas desde pequena todos me chamam de Bia e você pode me chamar assim também. Eu estou morando aqui no CVI e o apartamento não é só meu. Eu o divido com a Dona Marli, que já morava no outro quarto quando eu vim para cá. Os apartamentos aqui são mesmo para duas pessoas porque têm dois quartos, aquela pequena cozinha e o banheiro. Eu acho bom que seja assim pois desta forma eu posso olhar por ela e ela por mim, não é verdade? Eu vim para cá porque fiquei viúva há quatro meses atrás. Imagine você, depois de 58 anos de casada, meu marido morreu e eu fiquei sozinha. Bem, eu não posso reclamar porque tenho os meus filhos que me atendem em tudo. Inclusive queriam que eu fosse morar com eles depois da morte de meu marido, mas eu não quis. Nunca pensei em um dia morar com um filho. Acho que não daria certo, porque tanto eu iria atrapalhar a vida deles como eles iriam interferir na minha. Além disso eu queria ter o meu próprio espaço. Mas também achei que não seria bom para mim morar sozinha, então por livre e espontânea vontade eu vim morar aqui. Para isso eu desmontei toda a minha casa e distribuí minhas coisas entre os filhos. Só deixei o que eu mais gostava e o que eu necessitaria aqui neste quarto. Veja você: o jogo de quarto é ainda de quando eu me casei.

Nota da Pesquisadora: Ela fala de seus móveis e objetos com uma

certa nostalgia, parecendo revelar que estes faziam parte de sua vida, antes de ser moradora do CVI, mas que entende a necessidade que teve de desfazer-se de parte deles. O modo de referir-se as suas próprias decisões leva a pensar que se trata de uma pessoa com forte auto-determinação e consciência do valor de independência.

Informante: A cristaleira e aquela mesinha de canto nós compramos mais tarde quando fomos morar em uma cidade próxima daqui. A máquina de costura sempre esteve comigo. Os móveis são velhos mas eu procuro conservá-los. Eu e meu marido vivíamos da aposentadoria dele, a casa em que morávamos era alugada e o telefone que tínhamos eu vendi para poder me sustentar até resolver o problema da pensão previdenciária a que eu tenho direito. O meu filho que mora aqui nesta cidade é quem está resolvendo isto para mim. O dinheiro do telefone eu coloquei na Caderneta de Poupança e é deste dinheiro que estou vivendo e pagando a mensalidade daqui. Isto é uma preocupação para mim porque ninguém sabe me dizer quanto tempo vai demorar para eu começar a receber a pensão. Por isso eu continuo trabalhando, fazendo bordados e crochê para vender. Tenho uma neta em uma cidade litorânea há cerca de 100 quilômetros daqui, que tem uma boutique e que recebe as encomendas para mim. Assim, todas as horinhas que eu tenho livre eu estou trabalhando. Não leio e nem tenho televisão para não me atrapalhar. Quando tenho vontade de assistir à novela ou ao noticiário para me informar dos acontecimentos vou ao quarto da dona Marli e aí fazemos companhia uma para a outra, mas mesmo enquanto assisto a televisão estou trabalhando.

Nota da Pesquisadora: Dona Bia expõe com clareza sua preocupação com o auto-sustento e mostra-se produtiva.

Eu não consigo ficar sem fazer nada. Quando era solteira, para ajudar minha família eu trabalhei como vendedora em

um magazine. Fui a primeira mulher a trabalhar no comércio aqui nesta cidade e olha que fiz muito sucesso. Quando me casei deixei de trabalhar fora, mas sempre fiz alguma coisa para ajudar em casa. Mas cozinhar eu só fui aprender com a minha sogra, que cozinhou muito bem. Depois eu passei a ser muito boa cozinheira e até a sogra ficava admirada. Eu cozinhei para minha família durante a vida toda. Meu mundo era a minha cozinha e a minha casa. Sempre fui muito dedicada ao lar, mantendo a casa sempre em ordem e a comida pronta para quando o marido chegasse e nas horas vagas, eu fazia algum trabalho manual para vender. Aqui no CVI ainda é meio estranho para mim, pois eu não tenho mais que cuidar da casa e o que eu mais sinto falta é de cozinhar. Então, quando tem alguma festinha aqui eu procuro me oferecer para trabalhar na cozinha.

Nota da Pesquisadora: Dona Bia parece crer que desempenhou da melhor maneira que pôde o seu papel de dona de casa e de esposa e parece sentir-se realizada com isso.

Informante: Do meu marido eu cuidei, até que ele morreu há quatro meses atrás. Foi muito difícil cuidar dele no final, porque ultimamente ele começou a mudar de comportamento, às vezes ficava um pouco agressivo e esquecendo-se das coisas. Como por exemplo, às vezes ele me perguntava se eu não ia fazer o almoço, sendo que nós havíamos acabado de almoçar. Isto me deixava muito nervosa, eu procurava conversar com ele, fazer com que ele se lembrasse, mas não adiantava nada. Uma noite, eu acordei e não o encontrei na cama, pulei correndo e fui procurá-lo pela casa e ele estava tentando abrir a porta da cozinha para sair. Durante este período eu sofri muito, estava sempre em sobressalto. Agora, mesmo depois de sua morte eu choro muito e até alguns dias atrás eu não vinha dormindo bem, pois sentia a falta dele na cama. Acordava à noite e procurava-o até que me dava conta...

e acabava chorando. Mas, também, 58 anos, vivendo com a mesma pessoa é difícil a gente se acostumar a viver sozinha, não é?!... Neste último mês já venho me sentindo bem melhor, vou quase todo dia visitar o túmulo no cemitério, que é perto daqui. Quando vou ao cemitério aproveito para fazer uma caminhada, conforme o médico recomendou. Mas eu começo a achar que estou exagerando, porque, devido às escadarias que tem no cemitério, até eu chegar onde fica o túmulo do meu marido, eu tenho sentido falta de ar. Como eu não tenho dificuldade para caminhar, acabo fazendo todo o trajeto muito rápido, acho que tenho que caminhar mais devagar.

Pesquisadora: Por que o médico recomendou que a senhora caminhasse, dona Bia?

Informante: Porque eu sofro do coração. Bem..., há 14 anos atrás eu tive um infarte ficando com um bloqueio cardíaco. Depois disso, há oito anos, tive uma crise de disritmia cardíaca fui hospitalizada por nove dias. Seis deles passei na terapia intensiva. Há quatro meses atrás fui ao médico e fiz uma revisão geral. Ele recomendou-me que tomasse cuidado para não fazer muito esforço, como pegar peso, subir escadas e que eu fizesse exercícios físicos leves como, por exemplo, caminhar. Eu procuro seguir as orientações médicas, mesmo porque, se abuso um pouco já me percebo, sentindo cansada. Tomo estas medicações aqui, olha, conforme a receita do médico: Procor, Moduretic, Digoxina. Ah! Ainda tem este aqui, o Isordil, que é para eu usar se sentir dor no coração. No momento eu não penso em ir ao médico novamente, eu tenho passado bem e a consulta é muito cara.

Nota da Pesquisadora: Ela parece ter na questão financeira uma de suas maiores preocupações, procurando controlar rigorosamente os seus gastos pessoais. Além disto parece desconhecer que as medicações que usa precisam de controle periódico em relação às

alterações do seu estado de saúde.

Que tipo de atividade física a Senhora vem desenvolvendo, dona Bia?

Informante: Quanto ao exercício físico eu procuro não exagerar, faço também caminhadas pelo jardim, sempre acompanhando outras idosas que precisam de companhia para caminhar. Faço ginástica para idosos três vezes por semana, ajeito o apartamento e cuido das minhas roupas. Os trabalhos manuais, como já disse, faço-os nas horas livres, além de participar do grupo de trabalhos manuais daqui do CVI às terças-feiras à tarde.

Pesquisadora: E que outro tipo de atividade a Senhora faz no seu dia-a-dia?

Informante: Gosto de participar, no CVI, das reuniões comunitárias e daquelas de sexta-feira, que são sempre muito informativas. Participo também de todas as atividades religiosas do CVI, apesar de ser católica. Tenho feito visitas regulares à casa do meu filho e às vezes viajo até uma cidade próxima daqui, para visitar minha filha e para passar alguns dias lá. Participo também das atividades sociais do CVI. Acho que minhas atividades estão bem assim. Normalmente, durmo sete horas por noite. Depois da morte do meu marido, não vinha dormindo bem, mas neste último mês, aqui no CVI, já estou conseguindo dormir melhor .

Pesquisadora: Sim, e o que a Senhora tem feito para superar esta fase, após a morte de seu marido?

Informante: Normalmente passo o dia acompanhada de alguém, da dona Marli ou Maria. Tenho procurado não ficar sozinha, quando não me sinto bem procuro as pessoas para conversar. Já fiz boas amizades no CVI e tem até a Dona Marli com quem eu tenho mais intimidade e posso até desabafar quando estou mais triste ou preocupada. Não tenho tido muito ânimo para procurar as pessoas e fazer novas amizades, mas mesmo assim, tenho me relacionado

bem com todas as pessoas.

Nota da Pesquisadora: Dona Bia, interage com facilidade com as outras pessoas e tem sempre um sorriso e algo alegre para comentar.

Pesquisadora: E então, depois destes dois meses como a Senhora se sente morando aqui no CVI ?

Informante: Estou satisfeita com a nova moradia, mas ainda estranho a falta da cozinha. Sempre me preocupei em fazer uma alimentação bem variada e sadia para minha família. Nos últimos anos eu fiz um regime para emagrecer, pois eu era bem mais gorda do que sou agora, e por causa do problema do coração o médico pediu que eu fizesse um regime, e eu me acostumei a preparar uma alimentação mais magra. Por causa do coração também eu tenho que comer com pouco sal. A comida que é preparada aqui é boa. Eu normalmente tenho comido do que é servido e acho que está adequado para a dieta que eu deveria fazer, porque tem pouca gordura e pouco sal. Eu me alimento mais de carne, verduras, legumes do que de arroz e feijão. No lanche tomo leite com café, sem açúcar, e pão com geléia. Não sinto fome e nem como entre as refeições. Tenho o hábito de mastigar bem os alimentos e engulo sem dificuldades, mas como possuo prótese dentária inferior e superior tenho dificuldade de mastigar os alimentos mais duros.

Pesquisadora: E com relação à ingestão de líquidos, como são os seus hábitos?

Informante: Sede, não sinto, não bebo muita água, somente quando como alguma coisa mais salgada. Durante o dia todo tomo umas quatro xícaras de leite com café e mais ou menos dois copos de água. Nunca liguei muito para a importância de ingerir líquido e agora também não me preocupo com isso. Talvez até seja por isso que eu tenho o intestino preso. Meu intestino funciona muito mal, chego a ficar de três a quatro dias sem evacuar, e as

fezes, quando saem, são endurecidas, provocando outro problema que é o das hemorróidas. Tem um lugar que passa a maior parte do tempo inchado. Mas, não sinto dores fortes, apenas ardência.

Pesquisadora: E como a Senhora tenta resolver este problema relacionado ao intestino?

Informante: Para as hemorróidas uso uma pomada que tenho aí em casa. Tenho também bastante gases, que procuro eliminar, mas com muita dificuldade. Para o intestino funcionar eu tomo chá preto com bastante açúcar, que para mim funciona como laxante. Agora, com relação ao funcionamento da bexiga, minha urina é clara e límpida. À noite levanto-me somente uma vez para urinar. Há sete anos atrás fui ao ginecologista para retirada de um polipo na vagina. Na época fizeram biópsia e cauterização. Foi feito também o exame preventivo para o câncer. O médico disse-me, na época, que eu tenho a bexiga um pouco caída, mas eu não quis tomar nenhuma providência quanto a isso, pois com a idade que eu já tenho... Além do mais, este problema não me incomoda, porque não percebo nada e também não chego a perder urina.

Pesquisadora: E o que a Senhora fez com relação a este problema?

Informante: Bem... eu só procuro manter a bexiga bem vazia para me prevenir de algum problema.

Pesquisadora: Fale-me mais sobre seus hábitos diários, como por exemplo seus hábitos de higiene.

Informante: Bem, eu tenho muita preocupação com a higiene do corpo. Já é um hábito meu tomar banho todos os dias, apesar de que eu sinto sempre muito frio. Tive recentemente uma gripe, que agora já melhorou, mas eu fiquei com um pouco de tosse e com pigarro. Estou tomando chá com mel para melhorar. Sempre me preocupei também com os problemas relacionados à respiração. Últimamente venho percebendo, durante a ginástica, que quando a professora pede para respirar profundamente eu sinto que me fal-

tam forças para encher o pulmão de ar. Solicitada a fazer uma inspiração profunda, observei que não consigo prolongar por muito tempo a inspiração. Uma outra coisa que eu acho que com a gripe parece ter piorado foi o ouvido, que sinto como se estivesse tapado e isto tem me incomodado bastante. Gostaria até de fazer uma lavagem porque eu acho que está entupido. Certa vez minha filha também não conseguia ouvir direito e ela foi ao médico. Então, ele recomendou que fizesse uma lavagem, e o ouvido dela estava mesmo entupido de cera. Eu tenho pingado cerumim no ouvido. Gostaria de fazer uma lavagem, mas não sei onde.

Pesquisadora: Mas o ideal não seria se a Senhora fizesse uma consulta com o otorrinologista ?

Informante: É..., mas a consulta médica está tão cara... Será que se eu fosse a uma farmácia eu não conseguiria fazer uma lavagem no ouvido?

Pesquisadora: Provavelmente a senhora conseguirá, mas o problema pode não ser o ouvido tapado, o melhor seria fazer uma consulta médica. A senhora já pensou em consultar-se no ambulatório do Hospital Universitário, onde não precisaria pagar e é perto daqui do CVI ?

Informante: Não, eu não sabia que poderia ser atendida lá.

Pesquisadora: O Hospital Universitário atende a qualquer pessoa e no ambulatório são marcadas consultas de uma semana para outra nas várias especialidades médicas. Se a senhora quiser eu posso ajudá-la a marcar uma consulta.

Informante: Sim, então você poderia ver para mim como funciona? Se você puder marcar uma consulta, eu acho que seria bom.

Nota da Pesquisadora: Posteriormente a consulta foi marcada, e um mês após a entrevista ela se encontrava em tratamento médico, havia realizado exames diagnósticos e estava com retorno à avaliação médica marcada para a semana seguinte aos exames.

A senhora tem mais algum outro problema de saúde que gostaria de me contar ?

Informante: Outro dia, fui ao oftalmologista, porque os meus óculos já não estavam bons. Ele mandou-me fazer lentes novas, disse que eu estou com começo de catarata e me deu este colírio que eu estou usando três vezes ao dia. Estes óculos já são os novos e estão ruins porque eu ainda não me adaptei às lentes novas. Mas eu vou continuar usando, que logo, logo, eu me ajeito com ele. Olhe, eu também tenho artrite nas mãos, veja os meus dedos como são, além de doer, estão formando estes calos nas articulações.

Pesquisadora: E qual é o tratamento que a senhora faz para artrite?

Informante: Nenhum! Quando dói muito eu tomo Tylenol, mas estou sempre fazendo massagem com vinagre e álcool, que para mim funciona muito bem. Nos pés eu não tenho artrite. Tenho somente o problema de sentir muito frio nos pés, necessitando que eu esteja constantemente com meias. Já nas pernas eu tenho varizes. Olhe... mas nunca fiz nenhum tratamento médico. Às vezes incha um pouco e no verão eu sinto dores.

Nota da Pesquisadora: Observei que ela realmente sempre usa meias e nas pernas havia varizes grossas e leve edema à palpação. Quando lhe perguntei quais os cuidados que toma com relação às varizes, respondeu: "Nunca fiz nenhum tratamento. Pretendo no verão tomar banho de mar (que dizem que é muito bom) e caminhar pela praia".

Pesquisadora: Dona Bia, eu gostaria que a senhora me falasse um pouco sobre sua velhice.

Informante: Pois é , conforme a gente vai ficando velha os problemas vão aparecendo, apesar de que estes probleminhas nunca impediram que eu continuasse trabalhando e eu me sinto muito bem

com relação à velhice. Nunca me aposentei dos meus trabalhos ou tive que diminuir minhas atividades. O que eu quero agora é tocar minha vida para frente e viver com tranquilidade.

Nota da Pesquisadora: Dona Bia pareceu muito voltada para suas atividades de trabalhos manuais. Pareceu-me querer se ocupar de compromissos e afazeres até que esta fase de luto pela morte do esposo passe. Enquanto isso, ela motiva-se para um novo modo de vida. Por último verifiquei seus sinais vitais, que foram: Pulso 60 bat/min e pressão arterial 140/95 mm/hg. Conversamos ainda mais algumas trivialidades sobre seus trabalhos manuais e encerramos a entrevista. Mas continuamos em contato quase que diário até o final das minhas atividades no CVI.

QUADRO DEMONSTRATIVO DAS EXIGÊNCIAS DE AUTO-CUIDADO E DAS RESPECTIVAS AÇÕES DE AUTO-CUIDADO

DADOS BRUTOS REFERENTES A EXIGÊNCIA DE AUTO-CUIDADO	DEFINIÇÃO DA EXIGÊNCIA DE AUTO-CUIDADO TERAPÊUTICOS - EXIGÊNCIAS DE AUTO-CUIDADO UNIVERSAL	DADOS BRUTOS REFERENTES AS AÇÕES DE AUTO-CUIDADO	CLASSIFICAÇÃO DAS AÇÕES		
			1	2	3
<ul style="list-style-type: none"> História de Infarto do Miocárdio Diagnóstico médico de bloqueio cardíaco Respiração superficial Durante a ginástica, quando a professora pede para respirar profundamente eu sinto que faltam forças para encher o pulmão de ar". Convalescência de gripe. Tosse com pigarro 	<p>Exigência de cuidados associados à oxigenação do organismo</p>	<ul style="list-style-type: none"> Seu quarto está bem arejado. "Sempre me preocupei com os problemas relacionados à respiração". "Faço ginástica para idosos três vezes por semana". "Faço caminhadas pelo jardim, sempre acompanhando outras idosas". "...aproveito para fazer uma caminhada conforme o médico recomendou". "Mas começo a pensar que, estou exagerando porque, devido às escadarias do cemitério para chegar onde fica o túmulo, eu tenho sentido cansaço". "Como eu não tenho dificuldade para caminhar, acabo fazendo todo o trajeto muito rápido, acho que tenho que caminhar mais devagar". "Ultimamente, venho percebendo durantes a ginástica, que, quando a professora pede para respirar profundamente eu sinto que me faltam forças para encher o pulmão de ar". "...: Tosse e pigarro... estou tomando chá com mel para melhorar. 			
<ul style="list-style-type: none"> Sede não sinto..." "Não bebo muita água, somente quando como alguma coisa mais salgada". "Durante o dia todo tomo umas 4 xícaras de leite com café e mais ou menos 2 copos de água". "Nunca liquei para a importância de ingerir líquido e agora também não me preocupo com isso". 	<p>Exigência de cuidados relacionados à ingestão hídrica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> "Não bebo muita água, somente quando como alguma coisa mais salgada". "Durante o dia todo tomo umas 4 xícaras de café com leite e mais ou menos 2 copos de água". "Nunca liquei para a importância de ingerir líquido e agora também não me preocupo com isso." 			<p>Score: 2,5 Ações produtivas</p>

- * LEGENDA: 1. Ações inefetivas: a produção negativa de operações de auto-cuidado ou ações completamente inadequadas à exigência em questão.
2. Ações estimativas: são operações de auto-cuidado ainda em fase de investigação ou em planejamento.
3. Ações produtivas: são operações de auto-cuidado que estão efetivamente sendo realizadas pelos indivíduos.

DADOS BRUTOS REFERENTES AS EXIGÊNCIAS DE AUTO-CUIDADO	DEFINIÇÃO DA EXIGÊNCIA DE AUTO-CUIDADO TERAPÊUTICO - EXIGÊNCIAS DE AUTO-CUIDADO UNIVERSAL	DADOS BRUTOS REFERENTES AS AÇÕES DE AUTO-CUIDADO	CLASSIFICAÇÃO DAS AÇÕES		
			1	2	3
<ul style="list-style-type: none"> "Nos últimos anos passei a fazer uma dieta para emagrecer, pois eu era bem mais gorda do que eu sou agora." Peso: 72,5 Kg; estatura mediana. "Por causa do problema do coração precisava fazer um regime para emagrecer". "Por causa do coração eu também tenho que comer com pouco sal." PA: 140/95 mmHg; 	<p>Exigência de cuidados relacionados a necessidade de dieta hipocalórica e hiposódica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> "Sempre me preocupei em fazer uma alimentação bem variada e sadia para minha família." "Nos últimos anos eu fiz um regime para emagrecer. Pois eu era bem mais gorda do que sou agora e com o problema do coração, o médico pediu que eu fizesse, um regime, e eu acostumei a preparar uma alimentação mais magra." "Por causa do coração eu também tenho que comer com pouco sal." "Eu gosto da comida daqui e normalmente tenho comido do que é servido porque acho que está adequada para a dieta que tenho que fazer. Porque a comida daqui tem pouco sal e pouca gordura." "Eu me alimento mais de carne, verduras e legumes do que arroz e feijão. No almoço tomo leite com café sem açúcar e pão com geléia." 			<ul style="list-style-type: none"> x x x x x
<ul style="list-style-type: none"> Permanece muitas horas do dia sentada, fazendo crochê ou bordados. Recomendação médica para não fazer esforço físico. "O médico recomendou que eu caminhasse porque eu sofro do coração". Diminuição das atividades domésticas devido à mudança para o CVI. Risco de diminuição das atividades físicas decorrente do processo patológico e do processo de envelhecimento. "Eu não consigo ficar sem fazer nada". 	<p>Exigências de cuidados associados à exercícios físicos adequados à sua condição cardiovascular.</p>	<ul style="list-style-type: none"> "You quase todo dia visitar o túmulo do cemitério que é perto daqui. Ai aproveito para fazer uma caminhada... Mas começo a achar que estou exagerando, porque devido às escadarias que tem no cemitério, até eu chegar onde fica o túmulo do meu marido, eu tenho sentido cansaço." "Como eu não tenho dificuldade para caminhar, acabo fazendo todo o trajeto, muito rápido, acho que tenho que caminhar mais devagar." 			<ul style="list-style-type: none"> x x

Score: 3,0
Ações produtivas

DADOS REFERENTES À EXIGÊNCIA DE AUTOCUIDADO	DEFINIÇÃO DA EXIGÊNCIA DE AUTOCUIDADO TERAPÊUTICO - EXIGÊNCIAS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL	DADOS BRUTOS REFERENTES AS AÇÕES DE AUTOCUIDADO	CLASSIFICAÇÃO DAS AÇÕES		
			1	2	3
		<ul style="list-style-type: none"> "Quanto ao exercício físico eu procuro não exagerar..." "... faço também caminhada pelo jardim sempre acompanhando outras idosas." "Faço ginástica para idosos três vezes por semana." "Ajeito o apartamento e cuido das minhas roupas." "... todas as horinhas que eu tenho livre, eu estou trabalhando" (bordados e croché). 			<ul style="list-style-type: none"> x x x x x
	<p>Exigência de cuidados associados à atividade: social e de lazer</p>	<ul style="list-style-type: none"> "Tenho feito visitas regulares à casa do filho, e às vezes, viajo até uma cidade, próxima daqui, para visitar minha filha, e passar alguns dias lá." "Participo também das atividades sociais do C.V.I." "Gosto de participar no C.V.I. das reuniões comunitárias e daquelas de sexta-feira que são sempre muito informativas." "Normalmente passo dia acompanhada por alguém." "Assim, todas as horinhas que tenho livre, estou trabalhando." "Quando tenho vontade de assistir a novela ou o noticiário...vou ao quarto da Marli..." 			<p>Escore: 2.7 Ações produtivas</p> <ul style="list-style-type: none"> x x x x x
	<p>Exigência de cuidados associados à atividade intelectual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Não tem o hábito de leitura, utiliza todas as suas horas livres em trabalhos manuais. "Não leio e nem tenho televisão para não me atrapalhar." Risco de diminuir o exercício intelectual 	<ul style="list-style-type: none"> "Não leio e nem tenho televisão para não me atrapalhar." "Quando tenho vontade de assistir a novela ou o noticiário para me informar, vou ao quarto da Marli." 		<p>Escore: 2.6 Ações produtivas</p> <ul style="list-style-type: none"> x x

Continuação.

<ul style="list-style-type: none"> • É católica. • Vive em um ambiente de religiãõ evangélica. 	<p>Exigência de cuidados relacionados à atividade religiosa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • "Assim todas as horinhas que eu tenho livre, eu estou trabalhando." • "Costo de participar no C.V.I., das reuniões comunitárias e daquela de sexta-feira, que são sempre muito informativas." 	<p>x</p> <p>Score: 1.5 Ações inefectivas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • "Eu vim para cá porque fiquei viúva..." • Iniciando relações com outras pessoas, que não conhecia antes. • "Nunca pensei em um dia morar com um filho, acho que não daria certo... Além disso, eu queria ter o meu próprio espaço." 	<p>Exigência de cuidados relacionados à interação social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • "Participo também de todas as atividades religiosas do C.V.I., apesar de ser católica." 	<p>x</p> <p>Score: 3.0 Ações produtivas</p>
<ul style="list-style-type: none"> • "Tenho feito visitas regulares à casa do filho, e às vezes, viajo até uma cidade - próxima daqui - para visitar minha filha e passar alguns dias lá." • "Normalmente passo o dia acompanhada de alguém: Dona Marli ou Maria." • "Tenho procurado não ficar sozinha, quando não me sinto bem, procuro as pessoas, para conversar." • "Já fiz boas amizades no C.V.I., tem a-te a Dona Marli com quem eu tenho mais intimidade e posso até desabafar quando estou mais triste ou preocupada." • "Não tenho tido muito ânimo para procurar as pessoas e para fazer novas amizades, mas mesmo assim tenho me relacionado bem com todas as pessoas." • "Participo das atividades sociais do CVI" 	<p>Exigência de cuidados relacionados à interação social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • "... Além de participar do grupo de trabalhos manuais do C.V.I. às terças feiras à tarde." • "Gosto de participar no C.V.I., das reuniões comunitárias e daquelas de sexta-feira, que são muito informativas." • "Tenho feito visitas regulares à casa do filho, e às vezes, viajo até uma cidade - próxima daqui - para visitar minha filha e passar alguns dias lá." • "Normalmente passo o dia acompanhada de alguém: Dona Marli ou Maria." • "Tenho procurado não ficar sozinha, quando não me sinto bem, procuro as pessoas, para conversar." • "Já fiz boas amizades no C.V.I., tem a-te a Dona Marli com quem eu tenho mais intimidade e posso até desabafar quando estou mais triste ou preocupada." • "Não tenho tido muito ânimo para procurar as pessoas e para fazer novas amizades, mas mesmo assim tenho me relacionado bem com todas as pessoas." • "Participo das atividades sociais do CVI" 	<p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> <p>Score: 2.8 Ações produtivas.</p>

Continuação

<ul style="list-style-type: none"> • Ela parece ter, na questão financeira, uma de suas maiores preocupações, procurando controlar seus gastos pessoais. • "O telefone que tínhamos vendi para poder me sustentar, até resolver o problema da pensão previdenciária que eu tenho direito." • "O dinheiro do telefone eu coloquei na Caderneta de Poupança e é com ele que estou vivendo e pagando a mensalidade daqui." • "Por isso eu continuo trabalhando, fazendo bordados e crochê para vender." • "Ninguém sabe quanto vai demorar para eu começar a receber a pensão." 	<p>Exigência de cuidados relacionados à situação financeira</p>	<ul style="list-style-type: none"> • "... continuo trabalhando, fazendo bordados e crochê para vender." • "O meu filho, que mora aqui nesta cidade, é que está resolvendo isto para mim." (o problema relacionado à pensão previdenciária). 	<p>Score: 3.0 Ações produtivas.</p>	<p>x x</p>															
<p>DADOS BRUTOS REFERENTES À EXIGÊNCIA DE AUTO-CUIDADO</p> <ul style="list-style-type: none"> • "... fiquei viúva." • "Meu marido morreu há quatro meses atrás." • "Agora, depois de sua morte, eu choro muito e até há alguns dias atrás, eu não vinha dormindo bem, pois sentia a falta dele na cama. Acordava à noite e procurava ele na cama até que me dava conta...e, acabava chorando." • "Depois de 58 anos de casada, meu marido morreu e eu fiquei sozinha." 	<p>DEFINIÇÃO DA EXIGÊNCIA DE AUTO-CUIDADO TERAPÊUTICO - EXIGÊNCIAS DE AC DE DESENVOLVIMENTO</p> <p>Exigência de cuidados relacionados ao luto, pela morte do marido.</p>	<p>DADOS BRUTOS REFERENTES ÀS AÇÕES DE AUTO-CUIDADO</p> <ul style="list-style-type: none"> • "... depois de sua morte, eu choro muito." • "Vou quase todo o dia visitar o túmulo no cemitério, que é aqui perto." • "Tenho procurado não ficar sozinha, quando não me sinto bem, procuro as pessoas - para conversar." • "O que eu quero agora é tocar minha vida para frente e viver com tranquilidade." 	<p>CLASSIFICAÇÃO DAS AÇÕES</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>x</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>x</td> </tr> </tbody> </table> <p>Score: 2.7 Ações produtivas.</p>	1	2	3		x				x			x			x	<p>x x x</p>
1	2	3																	
	x																		
		x																	
		x																	
		x																	
<ul style="list-style-type: none"> • "Mas também 58 anos vivendo com a mesma pessoa, é difícil a gente se acostumar a viver sozinha, não é?." • "Sempre fui muito dedicada ao lar, mantendo a casa sempre em ordem e a comida pronta para quando o marido chegasse." 	<p>Exigência de cuidados relacionados à adaptação à viuvez.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • "Eu queria ter o meu próprio espaço; mas também achei que não seria bom para mim morar sozinha!..." • "... então, por livre e espontânea vontade eu vim morar só aqui." 	<p>Score: 3.0 Ações produtivas.</p>	<p>x x</p>															

Continuação

<ul style="list-style-type: none"> "Os meus filhos queriam que eu fosse morar com eles." "Nunca pensei em morar com um filho, eu acho que não daria certo. Tanto eu iria interferir na vida deles quanto eles na minha." "Eu queria ter o meu próprio espaço; mas também achei que não seria bom para mim morar sozinho." "Eu gosto da comida feita aqui." "Aqui no C.V.I. ainda é meio estranho para mim porque não tenho mais que cuidar da casa e o que eu mais sinto falta é da cozinha." "Eu estou satisfeita com a minha nova moçadia, mas ainda estranho a falta da cozinha." 	<p>Exigência de cuidados relacionados à adaptação à nova moradia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Procura participar das diversas atividades. "... passo o dia acompanhada"... "... já fiz boas amizades." " quando não me sinto bem procuro as pessoas para conversar." "Não tenho tido ânimo para procurar pessoas e fazer novas amizades, mas mesmo assim, tenho me relacionado bem com todas as pessoas." "Quando tem alguma festinha aqui eu procuro me oferecer para trabalhar na cozinha." "Estou satisfeita com a minha nova moçadia." 	<p>Score: 2,5 ações produtivas.</p>	<p>x x x x x x</p>
<ul style="list-style-type: none"> "Aqui no C.V.I. ainda é meio estranho para mim porque não tenho mais que cuidar da casa e o que eu mais sinto falta é de cozinhar." "Eu cozinhei para minha família durante a vida inteira." "Meu mundo era a minha cozinha e a minha casa." "Estou satisfeita com a minha nova moçadia, mas ainda sinto, digo, estranho a falta da cozinha." 	<p>Exigência de cuidados associados à falta que sente de sua casa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> "Quando há alguma festinha aqui, eu procuro me oferecer para trabalhar na cozinha." "... todas as horas que eu tenho livre, eu estou trabalhando." (bordado e croché.) 	<p>Score: 3,0 Ações produtivas</p>	<p>x x</p>
<ul style="list-style-type: none"> "Para vir para cá eu desmontei toda a minha casa e distribuí minhas coisas entre os filhos." "Veja o jogo de quarto, é ainda de quando eu casei. A cristaleira e a mesinha de canto compramos mais tarde quando fomos morar numa cidade próxima." "A máquina de costura sempre esteve comigo." "Os móveis são velhos, mas eu procuro conservá-los." " Parece que os móveis e objetos a man- têm ligada ao passado." 	<p>Exigência de cuidados associados à perda de velhos pertences.</p>	<ul style="list-style-type: none"> "... Deixei para mim o que eu mais gosto e o que eu necessitaria aqui neste quarto." "... eos móveis todos limpos e arrumados, com antigas toalhas bordadas." Logo na entrada havia uma cristaleira com objetos e louças antigas." Oposto à porta, há uma máquina de costura fechada e coberta com uma toalha bordada." "... em frente da janela já uma mesinha resinha redonda com uma toalha comprida e uma cadeira com o assento bordado" 	<p>Score: 3,0 Ações produtivas</p>	<p>x x x x x</p>

Continuação

<p>• 77 anos de idade</p> <p>• Recente estado de viuvez</p> <p>• Dona Beatriz parece crer que desempenhou da melhor maneira que pôde, o seu papel de dona-de-casa e de esposa, e parece sentir-se realizada com isso.</p>	<p>Exigência de cuidados associados à adaptação à velhice.</p>	<p>• "... estes probleminhas nunca impediram que eu continuasse trabalhando e eu sinto-me muito bem com relação à velhice."</p> <p>• "Nunca aposentei-me dos meus trabalhos ou tive que diminuir minhas atividades."</p> <p>• "O que eu quero agora é tocar minha vida para frente e viver com tranquilidade."</p>	<p>Score: 3.0 Ações produzidas</p>	<p>x</p>
<p>DADOS BRUTOS REFERENTES À EXIGÊNCIA DE AUTO-CUIDADO</p> <p>• "Há 14 anos atrás eu tive um enfarte, ficando com um bloqueio cardíaco. Depois disso, há oito anos, atrás, tive uma crise de disritmia cardíaca, fui hospitalizada por nove dias, seis deles passei na terapia intensiva. Há quatro meses atrás fui ao médico e fiz uma revisão."</p> <p>• "Ele recomendou-me que tomasse cuidados para não fazer muito esforço, como por exemplo: pegar peso, subir escadas e que mantivesse exercícios leves como caminhar."</p> <p>• Pressão Arterial: 140/95 mmHg.</p> <p>• Pulso: 60 bat/min.</p>	<p>DEFINIÇÃO DA EXIGÊNCIA DE AUTO-CUIDADO TERAPÊUTICO - EXIGÊNCIAS DE AC DE DESENVOLVIMENTO DE SAÚDE</p> <p>Exigência de cuidados associados ao diagnóstico médico de bloqueio cardíaco, e história de infarto do miocárdio.</p>	<p>DADOS BRUTOS REFERENTES ÀS AÇÕES DE AUTO-CUIDADO</p> <p>• "Há quatro meses atrás fui ao médico e fiz uma revisão geral."</p> <p>• "Ele recomendou-me que tomasse cuidado para não fazer muito esforço, como: pegar peso, subir escada e que eu mantivesse exercícios físicos leves."</p> <p>• "Quanto ao exercício físico eu procuro não exagerar."</p> <p>• "... faço também caminhadas pelo jardim sempre acompanhando outras idosas, que precisam de companhia para caminhar."</p> <p>• "Faço ginástica para idosos três vezes por semana."</p> <p>• "Eu procuro seguir orientações médicas mesmo porque, se abuso um pouco, já percebo, sentido cansaço."</p> <p>• "No momento eu não penso em ir ao médico, tenho passado bem e a consulta é muito cara."</p>	<p>CLASSIFICAÇÃO DAS AÇÕES</p> <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> <p>Score: 2.2 Ação estimativas</p>	<p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p>
<p>• "Tomo estas medicações conforme a receita do médico. Procor, moduretic, Digoxina."</p>	<p>Exigência de cuidados associada à medicação utilizada.</p>	<p>• "Tomo estas medicações conforme a receita do médico: Procor, Moduretic, Digoxina. Ah! ainda tem este aqui: O Isordil, que é para eu usar se sentir dor no coração."</p>	<p>Score: 3.0 Ações produtivas.</p>	<p>x</p>

DADOS BRUTOS REFERENTES À EXIGÊNCIA DE AUTO-CUIDADO	DEFINIÇÃO DA EXIGÊNCIA DE AUTO-CUIDADO TERAPÊUTICO - EXIGÊNCIAS DE AC DE DESENVOLVIMENTO DE SAÚDE;	DADOS BRUTOS REFERENTES À AÇÕES DE AUTO-CUIDADO	CLASSIFICAÇÃO DAS AÇÕES		
			1	2	3
<ul style="list-style-type: none"> "Meu intestino funciona muito mal, chego a ficar de 3 a 4 dias sem evacuar e as fezes quando saem são sempre endurecidas." "Nunca liquei muito para a importância de ingerir líquido e agora também não me preocupo com isso. Talvez seja por isso que eu tenho o intestino preso." "Tenho também bastante gases." "Risco aumentado no idoso para obstipação intestinal." 	<p>Exigência de cuidados relacionados à obstipação intestinal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> "Nunca liquei muito para a importância de ingerir líquido e agora também não me preocupo com isso. Talvez seja por isso que eu tenho o intestino preso." "Para o intestino funcionar, eu tomo chá preto com bastante açúcar que, para mim funciona como laxante." "Tenho também bastante gases, que procuro eliminá-los, mas com dificuldade." 	x		
<ul style="list-style-type: none"> "... e as fezes quando saem são endurecidas, provocando outro problema que é o das hemorroidas." "Tem um lugar que passa a maior parte do tempo inchado." "Não sinto dores fortes, apenas ardência." 	<p>Exigência de cuidados relacionados à presença de hemorroidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> "Para as hemorroidas, uso pomada." 	x		
<ul style="list-style-type: none"> "O médico disse que eu tenho a bexiga um pouco caída." "Mas este problema não me incomoda, porque não percebo nada e também não percebo urina." A noite, levanto-me somente uma vez para urinar, minha urina é clara e limpa." 	<p>Exigência de cuidados relacionados ao diagnóstico médico de cistocele.</p>	<ul style="list-style-type: none"> "Eu não quis tomar nenhuma providência quanto a isso pois com a idade que eu já estou... Além do mais, este problema não me incomoda, porque eu não percebo nada e também não percebo urina." "Eu só procuro manter a bexiga sempre vazia para me prevenir de algum problema." 	x		z
					<p>Score: 1.7 Ações estigmativas</p>
					<p>Score: 1.0 Ação inefetiva</p>
					<p>Score: 2.0 Ações estigmativas</p>

DADOS BRUTOS REFERENTES À EXIGÊNCIA DE AUTO-CUIDADO	DEFINIÇÃO DE EXIGÊNCIA DE AUTO-CUIDADO TERAPÊUTICO - EXIGÊNCIAS DE AC DE DESENVOLVIMENTO DE SAÚDE.	DADOS BRUTOS REFERENTES ÀS AÇÕES DE AUTO-CUIDADO	CLASSIFICAÇÃO DAS AÇÕES		
			1	2	3
<ul style="list-style-type: none"> "Eu sinto o ouvido como se estivesse tapado." "Acho que piorou com a gripe." "Gostaria de fazer uma lavagem, porque eu acho que está entupido." 	Exigência de cuidados relacionados à dificuldade auditiva.	<ul style="list-style-type: none"> "Gostaria de fazer uma lavagem porque eu acho que está entupido." "Eu tenho pingado cerumin." 	x		
<ul style="list-style-type: none"> "Fui ao oftalmologista porque os óculos não estavam bons." "Estes óculos que eu estou usando já são os novos e estão ruins porque eu ainda não me adaptei às lentes novas." "O oftalmologista disse que estou é com começo de catarata." 	Exigência de cuidados associada à adaptação de óculos novos e ao diagnóstico médico de início de cataratas.	<ul style="list-style-type: none"> "Estes óculos que eu estou usando são os novos e estão ruins porque eu ainda não me adaptei com as lentes novas, mas eu me ajeito com ele." "Disse que eu estou com começo de cataratas e me deu este colírio que eu estou usando três vezes ao dia." 		x	
<ul style="list-style-type: none"> "Olhe, eu tenho artrite nas mãos." "... Veja os meus dedos como são: além de doer estão formando calos nas articulações." 	Exigência de cuidados relacionados à artrite reumatóide.	<ul style="list-style-type: none"> "Quando dói muito, eu tomo Tylenol, mas estou sempre fazendo massagem com vinagre e álcool, que, para mim, funciona muito bem." 	x		
<ul style="list-style-type: none"> "... apesar de eu sentir muito frio nos pés." "Nos pés não tenho artrite, tenho somente aquele problema que já falei de sentir muito frio." 	Exigência de cuidados relacionados a pés constantemente frios.	<ul style="list-style-type: none"> "... necessitando que eu esteja constantemente com meias." Calçada com sandália aberta e meias nos pés. 		x	
<ul style="list-style-type: none"> Observei que... nas pernas haviam varizes grossas e leve edema à palpação. "Já nas pernas eu tenho varizes... olhe..." "Às vezes incha um pouco e no verão eu sinto dores." 	Exigências de cuidados associados à presença de varizes grossas nos MMII	<ul style="list-style-type: none"> "Já nas pernas eu tenho varizes...; mas: nunca fiz nenhum tratamento médico ou cuidados. Pretendo no verão tomar banho de mar (que dizem que é muito bom) e caminhar pela praia." 	x		
					Escore: 1.0 Ações produtivas
					Escore: 1.0 Ação inefetiva
					Escore: 3.0 Ações produtivas
					Escore: 1.0 Ação inefetiva.

QUADRO DEMONSTRATIVO DAS EXIGÊNCIAS TERAPÊUTICAS DE AC E DA CLASSIFICAÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PARA ATENDER ESTAS EXIGÊNCIAS:

EXIGÊNCIAS DE AUTO CUIDADO TERAPÊUTICO	CLASSIFICAÇÃO DAS AÇÕES
AUTO CUIDADO UNIVERSAL	
Exigências de Cuidados relacionados à:	Ações
01. Oxigenação do organismo	produtiva
02. Ingestão hídrica	estimativa
03. Necessidade de dieta hipossódica e hipocalórica	produtiva
04. Exercícios físicos adequados à sua condição cardio-vascular	produtiva
05. Atividades sociais e de lazer	produtiva
06. Atividade intelectual	inefetiva
07. Atividade religiosa	produtiva
08. Interação social	produtiva
09. Situação financeira	produtiva
AUTO CUIDADO DE DESENVOLVIMENTO:	
Exigência de cuidados relacionados à:	
10. Ao luto pela morte do marido, há quatro meses	produtiva
11. Adaptação à viuvez	produtiva
12. Adaptação à nova moradia	produtiva
13. Falta que sente de sua casa	produtiva
14. Perda de velhos pertences	produtiva
15. Adaptação à velhice	produtiva

EXIGÊNCIA DE AUTO CUIDADO TERAPÊUTICO	CLASSIFICAÇÃO
AUTO CUIDADO DE DESVIO DE SAÚDE	DAS AÇÕES
<p>Exigência de cuidados relacionados à:</p> <p>16. Diagnóstico médico de bloqueio cardíaco e história de infarto de miocárdio.</p> <p>17. Medicação utilizada</p> <p>18. Obstipação intestinal</p> <p>19. Presença de hemorróidas</p> <p>20. Diagnóstico médico de cistocele</p> <p>21. Dificuldade auditiva</p> <p>22. Adaptação aos óculos novos e diagnóstico médico de início de catarata</p> <p>23. Artrite reumatóide</p> <p>24. Pés constantemente frios</p> <p>25. Presença de varizes grossas no MMII</p>	<p>Ações</p> <p>estimativa</p> <p>produtiva</p> <p>estimativa</p> <p>inefetiva</p> <p>estimativa</p> <p>estimativa</p> <p>produtiva</p> <p>inefetiva</p> <p>produtiva</p> <p>inefetiva</p>

ANÁLISE DO CASO - DONA BEATRIZ

Pelo seu relato, a dona Beatriz parece ter sempre se deixado envolver pelas tarefas do cotidiano. Agora no CVI ela mostra continuar com a mesma atitude, apenas substituindo aquelas tarefas por outras atividades diárias, como por exemplo: a) Caminhadas até o cemitério para visita ao túmulo do marido; b) participação ativa na programação do CVI (reuniões, ginástica, trabalhos manuais); c) arrumação de seu quarto e de suas roupas; e d) confecção de bordados como fonte de renda. Todas estas suas atividades resultam em ações positivas de AC Universal.

Segundo Orem (1985), o estabelecimento da manutenção entre atividade e descanso controla o gasto voluntário de energia, regula os estímulos ambientais e possibilita a exploração de interesses e talentos, resultando em um senso de bem-estar que advém de ambos, atividade e repouso (p.91). Parece que o fato de Dona Beatriz, neste momento, envolver-se em muitas atividades, demonstra sua atitude para auto-cuidado através de ações ou seja, medidas que já fazem parte de sua vida. O que parece é que depois da morte de seu marido, quando houve uma reviravolta na sua vida, ela tem tentado manter o equilíbrio entre atividade e repouso, buscando seu bem-estar.

Entretanto, dona Beatriz, no momento, está experimentando uma nova situação, a de viúva, que se por um lado há um alívio por todas as preocupações e trabalhos que o esposo doente lhe dava, por outro, há as recordações de 58 anos de convivência com o marido, que agora ela perdeu. Parece-me que com relação a este aspecto ela se encontra ainda um pouco perdida, parece que lhe falta algo, um ponto de referência ou um apoio.

Como dona Beatriz sempre foi muito dedicada ao lar e

ao esposo, mantendo a casa e fazendo a comida, vivendo agora no CVI ela se vê também afastada do papel de excelente cozinheira e da rotina do lar. Para suprir estas perdas, ela ampliou uma de suas atividades, que já desenvolvia nas horas vagas e de que agora tem se ocupado exaustivamente fazendo bordados e crochê sob encomendas.

O esposo falecido não lhe deixou nenhuma renda e ela no momento se vê na espera de uma pensão previdenciária. Isto lhe causa instabilidade e insegurança, pois está vivendo do dinheiro de renda de um telefone e dos trabalhos manuais, que não parece ser muito.

A definição de auto-cuidado de desenvolvimento é de que são exigências que ocorrem durante determinadas etapas do desenvolvimento humano ou ainda são exigências derivadas de uma condição ou associada a um evento (Orem, 1985). Estas situações: a) perda do referencial do esposo; b) perda do papel de dona de casa; e c) sua instabilidade financeira, geraram exigências de auto-cuidado de desenvolvimento. Dona Beatriz, por sua vez, procurou atender positivamente a tais exigências, desempenhando ações de auto-cuidado através da decisão de morar sozinha e da atitude de mudar-se para o CVI, dois meses após a morte do seu marido. Mostrou com isso iniciativa para reorganizar sua vida e manter-se independente de sua família. Ainda, outras ações de auto-cuidado na área de desenvolvimento vêm sendo desempenhadas por ela no sentido de adaptar-se ao CVI e às novas relações decorrentes disso. O resultado, é que a maioria das ações de auto-cuidado de desenvolvimento são de nível 3, ou seja, ações produtivas de auto-cuidado.

No que diz respeito às ações de auto-cuidado quanto às exigências de desvio de saúde, ela parece não se dedicar com a mesma motivação. Destas exigências ela parece tratar como se ti-

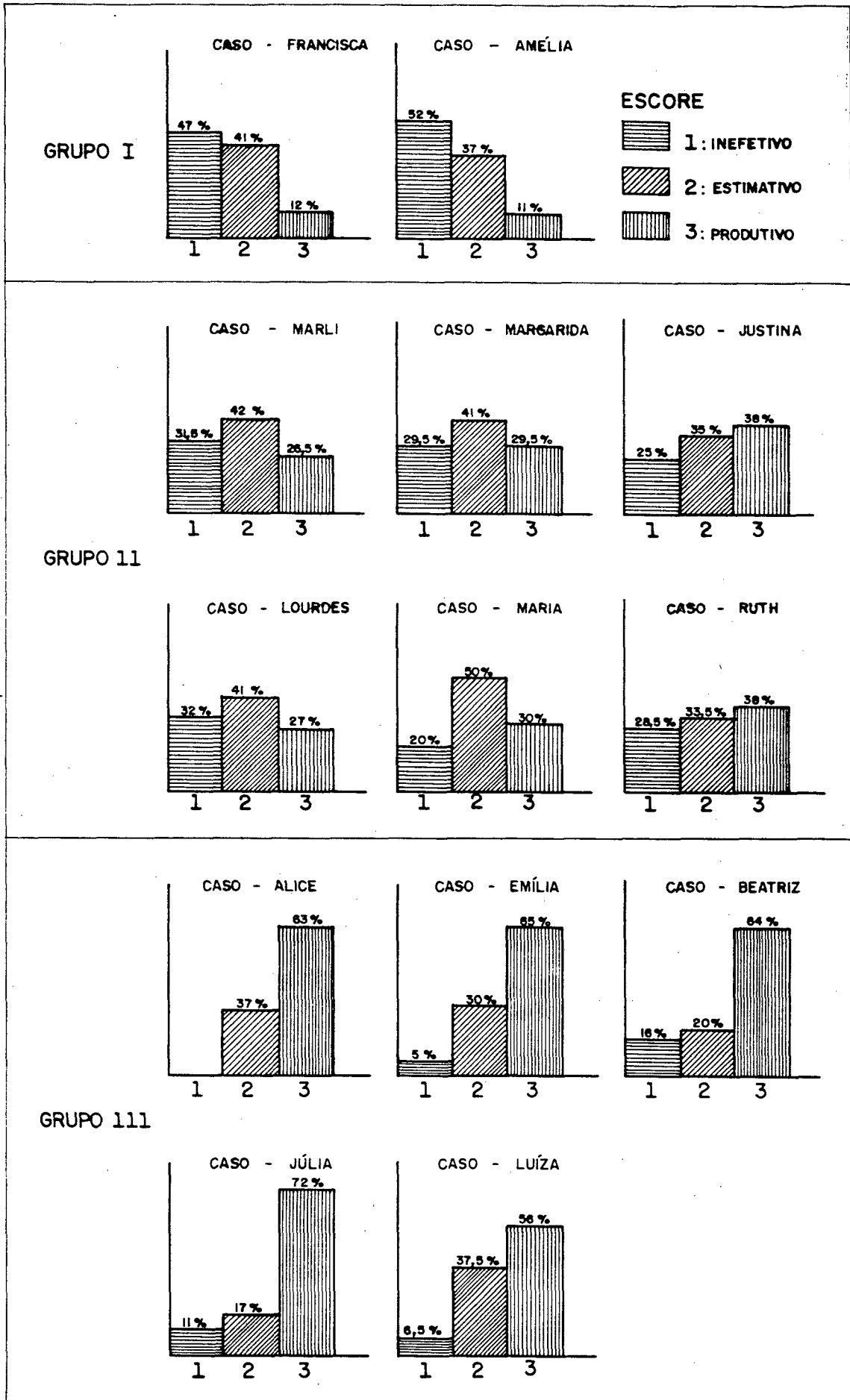
vessem menor importância do que as demais questões do cotidiano. Nesta área, suas ações têm variado entre ações negativas, estimativas e produtivas. Suas ações são distribuídas igualmente entre as exigências relacionadas ao seu problema principal de saúde (que seria o diagnóstico de bloqueio cardíaco e infarto) e os problemas secundários (ouvido tapado, óculos novos, artrite, varizes...) e parecem dirigir-se mais para as questões que a incomodam no momento. Por exemplo ao compararmos as ações de auto-cuidado relacionadas ao problema visual e as ações relacionadas ao problema cardíaco, observa-se que neste momento ela tem dado mais atenção à questão visual, isto é, desenvolve mais ações produtivas em relação às exigências de auto-cuidado relacionado à visão, de que ela necessita para os trabalhos manuais, do que às exigências de auto-cuidado relacionado ao problema cardíaco, que não tem provocado tanto desconforto.

Desta forma pode-se dizer que as ações efetivas de auto-cuidado de dona Beatriz estão mais concentradas nas exigências de AC Universal e de Desenvolvimento, quando procura ter uma vida autônoma e independente, ocupando-se de diversas atividades e esforçando-se para se relacionar com pessoas que, de agora em diante, estarão mais próximas, ou quando, além de tentar preservar a sua história de vida e sua identidade, traz consigo móveis e pertences pessoais.

Discussão dos Resultados

No item anterior foi apresentado discritivamente uma das treze entrevista deste estudo e através dele pode-se observar que as exigências de auto-cuidado terapêutico assim como as ações desenvolvidas pelas idosas aparecem de formas muito individualizadas. Tanto as exigências de auto-cuidado de cada idosa têm características e complexidades diferentes, quanto o nível de atendimento de cada exigência varia de pessoa para pessoa.

Portanto, para se organizar os dados obtidos a partir de todos os treze casos tomou-se como referência a semelhança existente nos níveis de atendimento das exigências de auto-cuidado, considerando-se a soma do total de ações desenvolvidas por cada idosa. Isto possibilitou a formação de três grupos os quais desencadearam a descrição e discussão sobre as exigências de auto-cuidado terapêutico e a competência para o auto-cuidado das idosas participantes deste estudo. Os grupos obtidos foram compostos pelos seguintes casos: a) GRUPO I - compreende os casos 7 e 9; b) GRUPO II - compreende os casos 4,5,8,10,12 e 13; e c) GRUPO III - compreende os casos 1,2,3,6 e 11, Os casos 9,4 e 3, apresentados no capítulo anterior, foram escolhidos por representarem, respectivamente, cada grupo. Os histogramas a seguir, organizados em grupos, mostram graficamente, os níveis das ações de auto-cuidado desenvolvidas pelas idosas desta pesquisa.



GRUPO I:

Ao analisarmos o grupo I, que é formado por dona Francisca, de 92 anos, e dona Amélia, de 85 anos, observa-se que este foi o que apresentou menor nível no atendimento de auto-cuidado. Entretanto, mesmo dentro dos grupos existem diferenças com relação à complexidade da exigência e à forma de cada uma das idosas atender às exigências de auto-cuidado.

No que se refere às exigências de auto-cuidado universal, as idosas deste grupo as apresentam relacionadas à hidratação, eliminações, alimentação e higiene, e nos dois casos o nível de ações produzidas varia entre ações estimativas e inefetivas.

" - não tem jeito, eu como o que colocam na mesa e ainda me esforço para comer o que é servido."
(Amélia).

" - eu tomo bastante líquido, mais ou menos um litro por dia, entre água, leite e chás." (Francisca).

Para Orem (1985), "à manutenção de ingestão suficiente de ar, água e alimentos fornece aos indivíduos os materiais necessários para o metabolismo e produção de energia, assim como o fornecimento do cuidado efetivo associado com processos de eliminação e excreção assegurará a integridade desses processos e sua regulação" (p.91). Neste grupo, o baixo nível de auto-cuidado com relação às exigências referentes aos materiais essenciais para o organismo e aquelas relacionadas aos processos de eliminação, compromete sobremaneira o desempenho de auto-cuidado destas idosas. É que o mau atendimento de tais exigências podem levar a comprometimentos a níveis mais complexos de auto-cuidado de desenvolvimento ou de desvio de saúde (Orem, 1985).

Além destas exigências de auto-cuidado universal foram identificadas exigências relacionadas à manutenção do equilíbrio

entre atividade e repouso. As atividades físicas destas idosas são mínimas e há por parte de ambas, principalmente de dona Francisca, queixas com relação a dificuldade para dormir.

" - Eu não durmo bem, acordo várias vezes à noite e tenho um sono muito leve. Durante o dia eu me deito várias vezes para descansar, mas não durmo".
(Francisca).

" - Não faço nada, não consigo estímulo para disciplinar-me e envolver-me em atividades..."
(Amélia).

Quanto às ações de auto-cuidado relacionadas a estas exigências, elas variam entre o nível estimativo e inefetivo. Segundo Orem (1985), a manutenção do equilíbrio entre atividade e descanso controla o gasto de energia voluntário, regula estímulos ambientais e fornece uma variedade de saídas para interesses e talentos, e o senso de bem-estar que vem de ambos. Para Rigatto (1986), uma das funções da atividade física no idoso é a de estimular a liberação de endorfinas pelo sistema nervoso central, que favorece o equilíbrio entre a atividade e repouso. Segundo o geriatra Moriguchi (1984), citando Murai (1982), ao analisar o sono dos idosos através de eletroencefalograma, refere que as alterações que ocorrem no sono dos idosos são as seguintes: a) diminuição da duração total do sono; b) diminuição da duração do sono na fase REM (Rapid Eye Moviment); c) aumento na frequência das interrupções do sono; e e) diminuição na largura das ondas do sono. Além disso, Moriguchi (1984) cita as causas que levam o idoso a queixar-se de insônia e, entre elas estão, principalmente, o hábito de ir deitar-se demasiadamente cedo por não ter nada para fazer. Os autores Orem (1985), Moriguchi (1984) e Rigatto (1986) concordam que a atividade física é necessária e responsável por uma melhor qualidade do sono, o que contribui para o equilíbrio entre atividade e repouso. Desta forma, então, a inatividade e o excesso de repouso podem levar a um desequilíbrio entre atividade e o descanso, exigindo da

pessoa idosa ações de auto-cuidado. Neste grupo de idosas, parece caracterizado um quadro desencadeado pela inatividade, resultando em pouco gasto de energia, o que leva não somente a uma diminuição do sono, mas também a diminuição da ingestão de alimentos, líquidos, oxigênio e à alteração das eliminações.

Outro aspecto que se destaca, com relação às exigências de auto-cuidado universal, neste grupo, é a manutenção do equilíbrio entre recolhimento e interação social. Com relação a este requisito de auto-cuidado, Orem (1985) refere que: "a manutenção de um equilíbrio entre recolhimento e interação social possibilita condições essenciais para os processos desenvolvimentais. Nas quais conhecimentos são adquiridos, valores e perspectivas são formadas" (p.91). Neste sentido, ações de auto-cuidado por parte da pessoa idosa que favoreçam a interação social, assim como a participação comunitária, devem ser entendidas como ações de auto-cuidado em busca de um equilíbrio entre o recolhimento ou isolamento voluntário e a participação comunitária. No caso de dona Amélia e de dona Francisca as ações de auto-cuidado nesta área mantiveram-se, em sua maioria, em níveis inefetivos. Foram identificadas nestes dois casos exigências de auto-cuidado relacionadas não somente ao risco de isolamento social, mas também ao sentimento de solidão e falta de motivação. Por parte de dona Amélia, há um isolamento consciente e voluntário. Ela restringiu ao máximo o seu círculo de relações, mesmo no CVI, que é um ambiente comunitário.

" - eu tenho estado a maior parte do tempo dentro do quarto e sozinha. Não faço visita aos residentes" (Amélia).

Dona Francisca, por sua vez, parece resignada, acomodada ao seu isolamento. Mas ela, pela sua facilidade de interação social, conseguiu formar uma rede de apoio ao seu redor. Isto a torna também dependente destas pessoas, contudo observa-

se uma atitude mais positiva de auto-cuidado com relação ao equilíbrio entre recolhimento e interação social.

" - eu recebo tantas visitas. O meu quarto é o que mais recebe visitas aqui" (Francisca)

Com relação às exigências de auto-cuidado de desenvolvimento, foram identificadas, entre outras, exigências complexas como: luto pela morte do irmão; preocupações com doenças graves na família; adaptação ao CVI, ou seja, a uma nova moradia. Para Orem (1985) estas são situações que estão relacionadas ao auto-cuidado de desenvolvimento, porque estão associadas a condições e eventos que ocorrem durante vários estágios da vida e exigem ações de auto-cuidado que possam prevenir condições destrutivas capazes de afetar o desenvolvimento humano. No caso em particular de dona Amélia, às exigências relacionadas ao luto pela morte do irmão e à preocupação com doenças graves, inclusive com o filho correndo risco de vida, exigem dela ações de auto-cuidado. Entretanto, sua atitude é de espera e isolamento, não buscando saídas para a situação e desempenhando para tais exigências ações de nível estimativo.

" - enquanto não passar esta fase eu também não vou melhorar, eu ando muito desanimada só quero ficar no quarto dormindo" (Amélia).

Segundo Mishara & Riedel, a experiência que os indivíduos têm da morte é assumida na 2ª metade da vida com a impressão, de que ter mais que setenta anos significa viver em um campo de batalha e ver morrer os parentes e amigos, sabendo-se que logo chegará a sua vez, resultando com isto um sentimento de que sobreviver à morte das demais pessoas é ir incorporando em si a própria morte. Neste sentido, dona Amélia está passando por um período crítico, o qual acelerou nela um comportamento negativo com relação à vida, passando a enfrentar as exigências de auto-cuidado decorrentes disto de maneira passiva, através de espera e do isolamento, sem iniciativa para buscar saídas para a

situação.

As exigências no auto-cuidado de desenvolvimento parece se interrelacionarem, não sendo possível isolá-las e analisá-las separadamente, como é o caso da exigência de cuidados relacionados à adaptação ao CVI, por parte de dona Amélia, que parece completamente desmotivada a produzir ações que favoreçam a sua adaptação, acentuando mais ainda o seu isolamento. Isto não acontece, por exemplo, com dona Francisca, que vive mais integrada ao ambiente e às pessoas, apresentando em relação a esta exigência ações de nível estimativo e reagindo mais positivamente quanto ao tempo, que aos 92 anos, ainda tem para viver.

"Eu não gosto de ficar alimentando sentimento de solidão e procuro me distrair com outras coisas"
(Francisca).

Ressalta-se aqui a diferença existente nas formas de as pessoas idosas atenderem às suas exigências de auto-cuidado.

Com relação ao desvio de saúde, ambas apresentam exigências referentes a patologias instaladas, como alterações no sistema cardio-vascular, sintomas de dores ou deficiência no sistema músculo-esquelético, as quais são atendidas com ações de baixo nível de auto-cuidado. Destaca-se aqui a falta de informações que ambas possuem sobre seus reais problemas de saúde.

"Bem, o meu médico, quando vem aqui passa estes remédios para eu tomar. Ele explica tudo para a minha nora, a gente fica de fora da conversa. Eu sei que tenho a pressão um pouco alta, deve ser por isso".(Amélia)

Para as exigências decorrentes de novos problemas de saúde, as ações de auto-cuidado são ainda de níveis mais baixos. Estas idosas parecem ter dificuldade em identificar o problema de saúde como uma exigência de auto-cuidado e com isto produzem ações efetivas que busquem a recuperação ou prevenção de complicações. No caso de dona Francisca, a exigência relacionada a uma possível infecção ginecológica ou urinária, apesar das

orientações e alertas a respeito, demorou cerca de um mês até concordar em submeter-se a exame ginecológico. O mesmo aconteceu no caso de dona Amélia com relação à exigência de cuidados relacionados ao edema dos membros inferiores, sendo necessárias várias visitas e muitas orientações para que ela, pessoalmente, decidisse fazer uma consulta médica.

Baixos níveis de atendimento destas ações aumentam as possibilidades de risco à saúde e ao bem estar destas idosas. Para Orem (1980) "a prevenção de riscos à vida, ao funcionamento do organismo e ao bem-estar, contribui para a manutenção da integridade humana e além disso, para a promoção efetiva do funcionamento e desenvolvimento humano" (p.93). No caso das idosas do grupo I, além das exigências relacionadas ao controle e prevenção de complicações, outras exigências foram identificadas, consideradas como fatores de risco: a) deficiência locomotora, b) deficiência auditiva, c) risco de isolamento social e e) risco de queda. Tais fatores poderão acarretar problemas de níveis mais complexos, assim como afetar a capacidade de autonomia destas idosas. Veja, por exemplo, o caso de dona Francisca, que apresenta uma exigência importante, a deficiência auditiva, que faz com que sua participação comunitária seja menor.

"Quando alguém fala claramente para mim eu ouço, mas se for em um ambiente grande, numa reunião onde todos falam, fica difícil para eu acompanhar o que as pessoas estão falando"

Segundo Burnside (1979), os problemas de audição prejudicam a terapia de diálogo, do trabalho de grupo e qualquer entrevista, mas apesar disso, na maioria das vezes os idosos evitam usar aparelhos de surdez. Dona Francisca, com relação a esta exigência apresenta ações estimativas de auto-cuidado quando informa que:

"Eu já usei aqueles aparelhinhos, mas o aparelho às vezes é pior porque, quando tem mais de uma pessoa falando, ficam vários ruídos. Eu vi uma

propaganda na televisão de um novo aparelho e estou com vontade de pedir para minha sobrinha ver para mim. Quem sabe este é melhor..."

Com relação a dona Amélia, o risco de queda aparece mais evidente como exigência de auto-cuidado, pois além da referência à queda, ela apresenta dificuldade para se locomover e um alto grau de inatividade. Segundo Xavier (1985), as quedas podem ser classificadas em: a) quedas acidentais - geralmente relacionadas ao ambiente (escadas, pisos, má iluminação e b) quedas patológicas - que podem ser quedas súbitas (por movimentos da cabeça e do pescoço), hipotensão postural e por outros determinantes (compressão do seio carotídeo, problemas cardíacos e lesões do sistema nervoso). Refere o autor que quando estas quedas são frequentes o idoso vai perdendo, gradualmente, a confiança em se manter ereto e caminhar. O caso de dona Amélia caracteriza-se por um problema de queda súbita, pois quando questionada sobre como caiu ela diz:

" - não sei, só sei que quando vi estava no chão."

E vem ao encontro do que preconiza o autor, ao dizer que em cada queda a pessoa idosa sente-se mais insegura em caminhar novamente.

" - Eu não gosto de caminhar lá fora, porque desde que cai ali no jardim, eu não consigo mais caminhar sozinha."

Quanto ao desvio de saúde, estas duas idosas parecem ter grandes dificuldades para assumir o seu auto-cuidado, como de modo geral todas as suas exigências de AC terapêutico. Dona Francisca, com seus 92 anos, faz parte de uma pequena parcela de população que ultrapassa os 90 anos e, apesar de encontrar-se acomodada na sua velhice, sem preocupar-se com os problemas que a rodeiam, não é uma pessoa totalmente incompetente para o auto-cuidado. Mesmo que não tenha muita iniciativa para resolução de problemas ela parece procurar de alguma forma manter o seu bem-

estar, ainda que seja através da colaboração das pessoas que a rodeiam. Dona Amélia, por sua vez, parece fazer parte do grupo de pessoas que durante sua vida foi ativa e participante, mas que nos últimos tempos tem-se percebido com limitações e sendo dependente de outras pessoas. O que para ela não parece bom, mas ao mesmo tempo não consegue recuperar a autonomia perdida.

O grupo II foi formado pelas idosas que, pela análise geral das ações, apresentaram um nível intermediário de auto-cuidado, ou seja, as idosas pertencentes a este grupo apresentaram ações de auto-cuidado que variaram entre os níveis inefetivo, estimativo e produtivo, tanto no que se refere ao total das exigências como quanto aquelas classificadas como de auto-cuidado universal, de desenvolvimento e de desvio de saúde. O grupo II foi formado pelas idosas: Dona Marli, de 73 anos, dona Margarida, de 69 anos, dona Justina, de 76 anos, dona Lourdes, de 62 anos, dona Maria, de 84 anos e dona Ruth, de 74 anos.

As exigências de auto-cuidado universal apresentadas por estas idosas foram associadas a oxigenação, hidratação, eliminação, alimentação e higiene. Quanto às ações de auto-cuidado houve uma diversificação nas ações apresentadas. Dona Lourdes, Marli e Margarida apresentaram de maneira geral ações entre os níveis inefetivos e estimativos, enquanto nos casos de dona Maria, Justina e Ruth as ações variaram entre os níveis inefetivos, estimativos e produtivos.

Para Orem (1985), o auto-cuidado é uma contínua contribuição do adulto para sua própria existência, saúde e bem-estar e é uma ação que tem padrão e seqüência e, quando é efetivamente realizada, contribui de maneira específica para a integridade, funcionamento e desenvolvimento humano. O padrão e seqüência não parecem presentes nas ações de cada idosa deste grupo, pois elas apresentam diferentes níveis de ações para exi-

gências igualmente importantes no que se refere ao fornecimento de materiais necessários para o metabolismo e a produção de energia, e aos cuidados associados com os processos de eliminação. Isto pode ser observado nos exemplos abaixo:

" - eu sei que é muito importante tomar água, mas o organismo não pede e eu não me lembro de tomar" (Maria).

" - eu procuro manter a bexiga sempre vazia indo várias vezes ao banheiro" (Maria)

" - eu sei que a gente precisa comer frutas e verduras. Eu procuro comer bastante verduras nas refeições e frutas nos intervalos das refeições" (Maria).

A variação dos níveis de auto-cuidado apresentada pelas idosas deste grupo parece estar muito relacionada com os hábitos bons ou ruins adquiridos durante o decorrer de suas vidas, isto é, não existe um padrão ou uma sequência entre as ações de auto-cuidado.

Com relação às exigências de auto-cuidado associadas ao equilíbrio entre atividade e repouso pode-se verificar que há um predomínio de ações produtivas. Entretanto, quando se refere apenas às atividades físicas o nível das ações tende a variar de inefetivo a estimativo. As ações produtivas concentram-se mais naquelas exigências relacionadas às atividades ocupacionais, intelectuais, sociais e religiosas, onde provavelmente o esforço e o gasto de energia passam a ser menores.

" - eu procuro fazer exercícios, não ficar parada pela manhã. Eu faço uma caminhada pelo jardim e três vezes por semana faço ginástica" (Margarida).

" - como para caminhar eu necessito que alguém me acompanhe, eu acabo caminhando pouco" (Marli).

" - eu passo bastante tempo lá fora caminhando. Ginástica eu não faço sempre, depende de minha disposição" (Ruth).

Segundo Orem (1985), os requisitos de auto-cuidado universal, como o de equilíbrio entre atividade e repouso, são comuns a todos os seres humanos, durante todos os estágios do

ciclo da vida, adaptados à idade, estado desenvolvimental, meio ambiente e outros fatores. Rigatto (1986), por sua vez, defende a prática do exercício físico para a pessoa idosa, tanto para aqueles que já praticaram alguma atividade física como para aqueles idosos sedentários. O autor adverte, porém, que o exercício físico para o idoso tem que ser algo agradável, destacando a caminhada como um exercício que não necessita de quase nenhum recurso material e pode ser realizado em menor ou maior intensidade por qualquer pessoa.

No caso das mulheres deste grupo, a maioria das idosas do CVI são de uma geração onde a prática do exercício físico para manter-se saudável e em boa forma não era estimulada, principalmente nas mulheres. Desta forma, as atividades físicas passadas eram relacionadas essencialmente à manutenção da casa e ao cuidado com os filhos. Vivendo no CVI, estas idosas correm o risco de diminuir ainda mais suas atividades físicas. Para Orem (1985), o que condiciona a seleção de métodos para que um requisito de auto-cuidado seja satisfeito são os fatores internos e externos a este indivíduo. Neste sentido as mulheres idosas deste grupo, como de todo o CVI, parecem ter encontrado uma opção de atividade física que são as caminhadas e que, inclusive, é estimulada pela administração e pelo próprio espaço físico existente lá, já que possui áreas livres com jardins e calçadas que permitem longas caminhadas. Inclusive nos locais onde as calçadas estão em declive existem corrimões para os idosos se apoiarem e terem acesso a outras áreas, como a horta e o córrego que desce do morro nos fundos do prédio. Com relação a esta exigência, em específico, pode-se dizer que as condições externas a estas idosas favorecem a ação de auto-cuidado. Por isso, talvez, o motivo de todas elas se referirem às caminhadas ou aos passeios pelos jardins como atividade física. Entretanto, fato-

res internos, como a condição física de cada idosa, também interferem na produção da ação de auto-cuidado como é o caso, neste grupo, da dona Marli que se submeteu a uma cirurgia cardíaca há mais ou menos oito meses. Ela diz:

" - acho que não poderia ter mais atividades do que isto, porque sinto que se eu me esforço um pouco já me canso muito."

Outra questão importante e que pode atuar sobre a eficácia da ação de auto-cuidado com relação a exigência de equilíbrio entre atividade e repouso é que, apesar das idosas relatarem que fazem caminhadas como atividade física, identificou-se que elas não possuem orientação quanto a: a) forma correta de caminhar; b) o tempo mínimo necessário e c) o controle respiratório durante a caminhada. Isto muitas vezes faz com que o esforço seja inútil.

Uma outra atividade física desenvolvida por parte das idosas deste grupo é a ginástica para idosos, que tem sido programada pela administração e desenvolvida em uma das salas do prédio do CVI. Esta atividade é administrada por uma profissional da área e, portanto, é adaptada ao grupo. Apenas três das idosas deste grupo, dona Maria, Margarida e Lourdes fazem ginástica três vezes por semana, ao passo que outras duas, dona Marli e Ruth, só vão quando estão dispostas e por último dona Justina está pensando em começar. Com relação a esta atividade física, as idosas não desconhecem e nem negam a sua importância, mas a participação do grupo poderia ser maior, considerando a importância disso para o idoso e a facilidade de acesso.

De maneira geral as ações de auto-cuidado relacionadas às exigências de equilíbrio entre atividade e descanso, neste grupo, são de nível produtivo. Inclusive, aquelas idosas que apresentam exigências de cuidados relacionados à insônia (Dona Lourdes e Maria), procuram se ocupar tanto com exercício

físico como com atividades artesanais. Para Orem (1985), o equilíbrio entre atividade e repouso pode ser controlado pelo gasto de energia e também pela exposição aos estímulos ambientais, que possibilita a exploração de interesses e talentos e resulta na sensação de bem-estar.

No que se refere a atividades ocupacionais, as idosas Marli, Margarida, Lourdes e Maria são as que desempenham mais ações produtivas nesta área, enquanto que outras duas idosas do grupo, Ruth e Justina, ocupam suas horas livres mais com atividades intelectuais. As atividades ocupacionais destas idosas estão muito voltadas para os afazeres domésticos e trabalhos manuais, enquanto as atividades intelectuais estão voltadas para leitura e participação de reuniões.

" - quando eu não estou trabalhando nos cartões estou fazendo crochê e assim eu ocupo as minhas horas vagas" (Margarida).

" - eu gosto de ler algum artigo informativo. Gosto muito daqueles livrinhos "seleções" e eu leio romances também" (Justina).

Neste grupo, no que se refere às exigências relacionadas ao equilíbrio entre estar só e interagir socialmente, as idosas apresentam ações de nível estimativo e produtivo, com predomínio de ações produtivas. Estas idosas destacam-se pela capacidade de produzirem ações de auto-cuidado nesta área, facilitando com isto a adaptação ao processo de envelhecimento e o atendimento de exigências como: adaptação ao centro vivencial, mudança de residência, perda de velhos parentes, separação da família e outras. Estas exigências também fazem parte do auto-cuidado de desenvolvimento, por estarem associadas aos processos de desenvolvimento humano e às condições e eventos que ocorrem durante vários estágios do ciclo da vida e que podem adversamente afetar o desenvolvimento humano (Orem, 1985).

As exigências identificadas na área de auto-cuidado de

desenvolvimento estão associadas a: adaptação ao CVI, adaptação à senescência e manutenção da sua autonomia, isolamento social, mudança de residência, perda de velhos pertences, luto pela morte de familiares e sentimentos de falta dos familiares. Ações de auto-cuidado de nível produtivo foram apresentadas pelas idosas Marli, Margarida, Ruth e Justina, e as demais, Lourdes e Maria, apresentaram nível estimativo.

Estas idosas parecem valorizar muito as ações que proporcionem, principalmente, sua adaptação à nova moradia e a acomodação com relação as suas novas condições de vida, assim como o enfrentamento relacionado a perdas de entes queridos, a perda de bens materiais, afastamento de familiares e o estabelecimento de novas amizades.

" - eu conservei os objetos e móveis que mais gostava para trazer para cá... A gente vai se adaptando às novas circunstâncias de vida" (Marli).

" - eu sempre procurei ir-me adaptando à velhice e às mudanças porque acho que é uma lei natural envelhecer" (Justina).

" - quando eu me sinto sozinha, saio e vou procurar alguém para conversar" (Ruth).

As ações de nível produtivo contribuem nesta área para elevar o nível de competência para o auto-cuidado deste grupo.

Com relação às exigências de auto-cuidado relacionadas ao desvio de saúde, resumidamente estão associadas a problemas de ordem cárdio-vascular, músculo-esquelético, tegumentar e dos órgãos dos sentidos, principalmente deficiência visual e auditiva. Segundo Gomes (1985), os sinais mais comuns da pele que envelhece é a secura, descamação e atrofia. Estes sinais sofrem a influência de vários fatores, como: diminuição da atividade sebácea e da hidratação da camada córnea, alterações metabólicas e disfunção da queratina. Assim, observa-se perda da elasticidade da pele e unhas quebradiças. Neste grupo de mulheres foi comum identificar exigências de auto-cuidado terapêutico rela-

cionado ao ressecamento da pele dos membros inferiores e superiores, manchas e solução de continuidade, como foi o caso de dona Maria e Ruth.

Com relação às modificações próprias do envelhecimento no sistema músculo-esquelético, autores como Mishara & Riedel (1986), Rossi (1985) e Rigatto (1986), concluem que tais modificações são os maiores fatores de limitação do idoso, e neste grupo eles aparecem em maior ou menor complexidade, em todos os casos.

Segundo Ferreira & Musse (1985), grande parte da cronicidade e invalidez em geriatria, deve-se a patologias do aparelho cardíaco-vascular. Sabe-se que as principais patologias que acometem o aparelho cardíaco-vascular acompanham o processo de envelhecimento e são a mais importante causa de mortalidade dos senescentes.

As ações desenvolvidas por estas idosas para o atendimento de exigências de auto-cuidado terapêutico de desvio de saúde são, na maior parte, de nível inefetivo. Torna-se difícil para as pessoas deste grupo produzirem ações de auto-cuidado quando a doença é crônica, ou quando o risco imediato de uma limitação é menor.

Conforme Orem (1985), um requisito do auto-cuidado de desvio de saúde é que o indivíduo deve modificar o auto-conceito e/ou a auto-imagem e aceitar a si mesmo como estando em estado particular de saúde. No entanto, existe uma grande dificuldade por parte dessas idosas em assumir suas exigências de auto-cuidado relacionadas aos problemas de saúde. Tanto em relação a ver-se como portadora de uma doença como quanto às exigências referentes ao tratamento e controle decorrentes desta, não há uma sequência lógica de ações de auto-cuidado e as ações desenvolvidas variam de níveis inefetivos a produtivos, dependendo

muitas vezes do controle médico ou dos familiares. A autora enfatiza como uma atitude de auto-cuidado a conscientização de um estado específico e busca de medidas que possam amenizar ou solucionar problemas decorrentes deles. Parece, entretanto, que isto não vem ocorrendo com relação a este grupo de idosas, principalmente com relação aos problemas decorrentes de sintomas ou sinais como por exemplo: a presença de varizes com segmentos e com módulos superficiais, edema nos membros inferiores ou ressecamento da pele. Nestes casos pode inclusive ser menor ainda o nível das ações de auto-cuidado desenvolvidas.

" - não, só verifico a pressão quando vou ao médico" (Marli).

" - eu teria que tomar um comprimido..., chama-se Ancoron... eu tomei durante algum tempo, mas agora não tenho tomado mais" (Maria).

Assim sendo, muitas ações fazem-se necessárias para atender à exigência relacionada ao auto-cuidado de desvio de saúde e para prevenir novos problemas. Neste grupo parece que as exigências relacionadas ao desvio de saúde foram, para estas idosas, as mais complexas e para as quais tanto as ações de auto-cuidado preventivos quanto as ações de auto-cuidado curativo não são desenvolvidas consciente e espontaneamente. As idosas não conseguem manter uma coerência com relação à identificação de exigências e à produção de ações de auto-cuidado. Nas áreas de auto-cuidado universal elas apresentam níveis variados, melhorando no que se refere às capacidades de adaptação social e ao auto-cuidado de desenvolvimento e diminuindo acentuadamente o nível quando se trata de auto-cuidado de desvio de saúde. Caracterizando-se como uma tendência relativa para o auto-cuidado, isto é, dependendo da exigência há maior ou menor empreendimento de uma ação de auto-cuidado.

O terceiro grupo é composto pelas cinco idosas em que os níveis mais altos de atendimento às exigências de auto-

cuida-do foram identificados. Fazem parte deste grupo as seguintes idosas: Dona Beatriz, com 72 anos, Emilia com 83 anos, Luíza, com 62 anos, Alice, com 70 anos e Júlia, com 73 anos. Estas idosas apresentam um predomínio de ações produtivas e estimativas sobre as inefetivas. Segundo o NDCG (1979), a competência para o auto-cuidado é o exercício do poder que resulta de um sistema de ações dirigidas para o si próprio ou para o ambiente a fim de regulá-los; ou ainda é o exercício para a idealização de um plano para um sistema específico de ação. Refere então o grupo de estudos que: competência para as ações de auto-cuidado estimativas é uma capacidade produtiva para o auto-cuidado. Neste sentido, este grupo caracteriza-se pelo engajamento destas idosas em uma atitude de auto-cuidado.

As exigências referentes ao auto-cuidado universal recebem por parte deste grupo um atendimento efetivo. Observa-se que as idosas têm preocupações com relação a seus hábitos diários, como: oxigenação, hidratação, eliminação e higiene, conforme os exemplos a seguir:

" - sempre tive o hábito de ingerir bastante líquido... Acho que entre chá, leite, suco e chimarrão devo ingerir de 1,5 a 2 litros de líquidos por dia".
(Emília)

" - eu procuro evitar ambientes poluídos e estou atenta para a necessidade que a gente tem de respirar ar puro e para isso eu procuro ventilar bem o quarto e fazer caminhadas ao ar livre" (Alice).

Os seres humanos, por natureza, têm necessidades comuns da ingestão de substâncias como: ar, água, alimento, para promoverem e manterem as condições que suportam os processos vitais e desta forma o atendimento de exigências relacionadas a estes requisitos mantêm o funcionamento humano dentro de um padrão normal e apoiam o desenvolvimento de acordo com o potencial humano (Orem, 1985). A forma como este grupo de idosas consegue desenvolver ações específicas para exigências de auto-

cuidado universal, parece contribuir sensivelmente no funcionamento e desenvolvimento humano como um todo.

Com relação às exigências vinculadas às atividades sociais e à participação comunitária, observam-se ações, na maioria, do nível produtivo para todas as idosas deste grupo. Elas mantêm um padrão e uma seqüência de auto-cuidado que vem regular as condições internas e externas para a manutenção do equilíbrio entre atividade e descanso, o que por sua vez contribui na manutenção dos processos vitais. Rigatto (1986), ao discutir a importância do exercício físico para o idoso mostra que ele amplia a competência respiratória do organismo em todas as suas etapas, da seguinte forma: a) aumentando a eficiência da ventilação pulmonar, encarregada de trazer o oxigênio para o interior do organismo; b) aumentando a eficiência do coração como bomba; c) aumentando o volume e a qualidade do sangue, multiplicando os capilares periféricos e facilitando a chegada do oxigênio à célula; d) combatendo a rigidez muscular e e) estimulando a liberação de endorfinas pelo sistema nervoso central, que possibilita o equilíbrio entre a atividade e repouso. Neste grupo, entretanto, apesar de todas as idosas apresentarem bom nível de atendimento às exigências relacionadas às atividades físicas, ocupacionais e sociais, no que se refere às atividades intelectuais o nível de atendimento é baixo. Destaca-se o caso de dona Beatriz, que apresenta nível inefetivo e dona Alice e Júlia, que apresentam níveis estimativos de auto-cuidado. Nestes casos, em específico, parece haver um direcionamento maior para as ações relacionadas às atividades ocupacionais, em prejuízo das intelectuais. Inclusive dona Beatriz ocupa todo o seu tempo disponível na confecção de trabalhos manuais para a sua própria renda.

" - eu não leio e nem tenho televisão para não me atrapalhar" (Beatriz).

" - televisão, assisto os jornais e novelas; ler eu não leio, porque não enxergo" (Júlia).

Este grupo de idosas também se destaca pela capacidade de se envolverem com outras pessoas idosas ou de faixa etária diferente, participando ativamente da comunidade, no caso o CVI. Demonstra iniciativa, o que favorece o atendimento de exigências de auto-cuidado nesta área. Parece importante a capacidade de cada uma de manter o equilíbrio entre interação social e recolhimento, pois observa-se que além da preocupação em particular das atividades e eventos existe a de reservar horários de isolamento, de individualidade.

" - às vezes eu gosto de vir para o quarto e ficar um pouco sozinha, aí então eu faço crochê, tricô, tomo um chimarrão e assisto televisão" (Júlia).

" - aqui é bom também, porque quando eu quero ficar sozinha para pensar, refletir sobre algum problema é só eu vir para o meu quarto e eu tenho toda a tranquilidade que preciso" (Alice).

" - depois do almoço caminho um pouco, venho fazer a sesta e depois participo das atividades programadas" (Emília).

O NDCG (1979) define como necessária para o desenvolvimento da competência para o auto-cuidado, a identificação do que se necessita regular num dado momento, combinado com conhecimento de medidas regulatórias efetivas. Neste aspecto destaca-se aqui a ação efetiva deste grupo de idosas e considera-se também a importância do auto-conhecimento para que exigências de auto-cuidado sejam identificadas e medidas reguladoras sejam desenvolvidas. Outro aspecto neste grupo é a capacidade de reorganização de uma nova rede de apoio, a partir dos moradores do CVI, o que acontece com a maioria das idosas. Neste grupo, as pessoas se apoiam umas as outras e o que parece interessante é que na maioria dos casos elas não se conheciam antes. Kastenbaum (1981), ao discorrer sobre o tema dos idosos asilados que vivem em um lugar cheio de estranhos, fala da importância para os in-

divíduos de levarem consigo seus pertences de maior estima que, entre outras coisas, os ajudarão a manter um senso de continuidade e identidade própria. No caso dos moradores do CVI, os idosos que lá vão morar são estimulados a trazerem consigo a mobília para o apartamento, assim como a conservar as suas relações e compromissos fora do CVI. Mas além destas condições, que já são favoráveis para estes idosos, há neste grupo em particular um repertório de ações de auto-cuidado que parece tornar o convívio delas com outras idosas mais fácil e com isto estabelecendo um suporte social que pode contribuir beneficentemente com o seu bem-estar.

" - faço caminhada pelo jardim sempre acompanhando outras idosas" (Beatriz).

" - eu me relaciono bem com todos aqui, mas tenho mais amizade com o casal de gaúchos que mora no apartamento ao lado" (Emília).

" - aqui eu passo o dia todo acompanhada e tenho conhecido outras pessoas, feito novas amizades" (Júlia).

As exigências de AC de desenvolvimento identificadas neste grupo de idosas repetem-se com relação aos demais grupos, sendo necessário destacar aqui uma exigência de cuidado apresentada por dona Beatriz, que está relacionada à morte do cônjuge, há 4 meses. Mishara & Riedel (1986) mencionam que o sentimento de perda é tanto mais intenso quanto mais profundo fora a relação com a pessoa falecida. Entretanto, as pessoas idosas estão mais preparadas para suportar a perda de um ente querido do que as mais jovens, apesar de o idoso sempre relacionar a perda, principalmente de um cônjuge, com sua própria morte. Lembra o autor que uma pessoa que seja mais autônoma poderá sofrer intensamente essa perda, mas é provável que não se sinta profundamente insegura e nem totalmente desamparada. Neste aspecto dona Beatriz tem apresentado, através de ações produtivas de auto-cuidado, uma capacidade de enfrentar a morte do esposo, e

vem dando continuidade aos seus projetos de vida. Demonstra assim sua capacidade de engajar-se em ações específicas através de julgamentos, decisões e medidas que caracterizam a competência para o auto-cuidado.

" - tenho procurado não ficar sozinha. Quando não me sinto bem procuro as pessoas para conversar".
(Beatriz).

" - o que eu quero agora é tocar a minha vida para frente e viver com tranquilidade" (Beatriz).

Este parece ser um grupo de mulheres que vêm apresentando durante toda a sua vida uma atitude de auto-cuidado que se pode observar através de crenças destas idosas de que devem continuar vivendo suas velhices da melhor maneira possível.

" - Eu queria continuar morando na minha casa. Então reuni os filhos e pedi que me arrumassem um lugar para eu morar" (Emília).

" - quando eu tenho algum problema que não consigo resolver sozinha, peço ajuda" (Alice).

São mulheres que decidiram e procuraram com liberdade um lugar para viver tranquilas e independentes, preocupando-se em não serem um peso para suas famílias, mas sem se afastar totalmente delas ou da sociedade. Para o NDCG (1979), as pessoas que têm capacidade para ações do tipo produtivo são levadas a um processo de regulação (mudando ou mantendo) das condições existentes em si mesmas ou no ambiente. Este grupo de idosas parece confirmar tal pressuposição, pois vem apresentando uma atitude positiva com relação a criar e a manter condições favoráveis ao seu bem-estar.

No que se refere ao auto-cuidado de desvio de saúde, as idosas deste grupo apresentam exigências relacionada a patologias instaladas, todas referentes ao sistema cárdio-vascular e um caso de diabetes mellitus não insulino dependente. Os níveis de atendimento foram produtivos e somente no caso de dona Beatriz as ações foram de nível estimativo. De maneira geral,

estas idosas atendem produtivamente, tanto os antigos como os novos problemas de saúde, com algumas exceções, quando as ações de auto-cuidado chegam a nível inefetivo, como o que ocorreu quanto às exigências relacionadas às varizes em membros inferiores, nos casos de dona Emília e Beatriz.

Um exemplo de pessoa idosa com competência para o auto-cuidado em desvio de saúde é o de dona Júlia, que é diabética. Ela conhece a doença e suas complicações, por ter participado de cursos e treinamentos. Ela assumiu-se como uma pessoa diabética, aprendendo a conviver com suas limitações, e responsabilizou-se pelo tratamento e prevenção de complicações, demonstrando o auto-cuidado não somente como característica humana, mas também como uma qualidade complexa que pode ser adquirida mesmo por uma pessoa idosa.

Neste grupo, todas as idosas conhecem seus problemas de saúde, e isto inclusive parece ser decisivo para a produção de ações adequadas de auto-cuidado, uma vez que problemas de saúde já instalados, assim como sinais e sintomas de novos problemas têm sido efetivamente atendidos. Inclusive os fatores de risco decorrentes deles.

Observa-se nesta discussão que é complexa a análise da pessoa idosa, sendo que nos três grupos apresentados, exigências e ações foram distintamente identificadas. No que se refere às ações de auto-cuidado universal, estas variaram de níveis inefetivos a estimativos, nos grupos I e II. No grupo III houve predomínio das ações de nível produtivo. No que se refere às ações de auto-cuidado relacionadas ao auto-cuidado universal, estas correspondem às características de cada grupo.

Com relação ao auto-cuidado de desenvolvimento, as ações do grupo II variaram na sua maioria entre os níveis estimativos e produtivos, destacando-se da média das demais

ações de auto-cuidado desenvolvidas neste grupo.

Quanto as ações referentes às exigências de auto-cuidado de desvio de saúde, estas foram as que receberam os mais baixos níveis de atendimento. Tanto proporcionalmente para cada grupo, como no grupo como um todo. Parece que as questões relacionadas às patologias instaladas e as limitações decorrentes delas são as exigências de auto-cuidado mais complexas para as mulheres idosas deste estudo, seja por causa da não compreensão destas exigências ou mesmo por falta das informações e conhecimento indispensáveis à produção de ações de auto-cuidado.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES, LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Conclusão

Este estudo teve como objetivo demonstrar, esclarecer e aprofundar as características das mulheres idosas com respeito ao seu auto-cuidado. As conclusões aqui obtidas limitam-se ao grupo de mulheres idosas residentes no CVI e participantes desta pesquisa.

Dentro de um grupo de mulheres idosas é possível identificar mais de um nível de competência para o auto-cuidado. Neste estudo identificaram-se três níveis: a) no grupo I (2 idosas com idades acima de 85 anos) observou-se baixo nível de auto-cuidado, e desmotivação para o mesmo; b) no grupo II (6 idosas variando de 62 a 84 anos), outra tendência foi observada, ou seja, não existe um padrão ou uma sequência lógica entre as ações de auto-cuidado destas idosas, caracterizando uma tendência relativa para o auto-cuidado, isto é, dependendo da exigência há maior ou menor empreendimento de uma ação de auto-cuidado; c) No último grupo (5 idosas com idade variando de 62 a 83 anos), o nível de auto-cuidado observado foi o maior. Neste, as mulheres idosas demonstraram capacidade para identificar suas próprias exigências de auto-cuidado e de apresentar ações com padrão e sequência, evidenciando uma tendência bastante positiva para o auto-cuidado.

O que se pode concluir com respeito a idade, que neste grupo de mulheres variou entre 62 a 92 anos, que este não foi um fator relevante na determinação das ações de auto-cuidado. Ape-

sar de que o grupo que apresentou o mais baixo nível de competência para o auto-cuidado é formado pelas mulheres mais idosas (85 e 92 anos). Contudo entre elas é a mais idosa (92 anos) que apresenta melhor nível de competência.

Quanto aos grupos I e II a variação de idade é muito semelhante (62, 69, 73, 74, 76, e 84 anos) e (62, 70, 72, 73 e 83 anos) respectivamente. Entretanto o desempenho da competência para o auto-cuidado do grupo II para o grupo III foi bastante significativa. Assim sendo não foi possível identificar, a partir dos dados apresentados, indicação da existência de um fator determinante entre a idade e a competência para cuidado.

Outro aspecto conclusivo importante neste estudo foi a singularidade encontrada em cada pessoa idosa, com relação às exigências de auto-cuidado e a forma pessoal e única como cada idosa atende a essas necessidades. Contudo pode-se observar algumas tendências em cada grupo particularmente e no grupo como um todo.

No caso das exigências de auto-cuidado universal pode-se observar que o grupo como um todo apresentou, no que se refere a quantidade e variação, uma média semelhante. Sendo que entre as exigências identifica-as que estiveram mais presentes foram aquelas referentes à alimentação e eliminação. As exigências relacionadas a alimentação na maioria das vezes estão relacionadas à inapetência da idosa ou a necessidade de uma dieta adequada às suas condições de saúde. Quanto as exigências relacionadas à eliminação, estas estão relacionadas principalmente a eliminação intestinal e vesical. Os fatores que levaram a identificação destas exigências, a maioria deles estão relacionados a problemas decorrentes do próprio processo de envelhecimento, no qual a obstipação intestinal é o mais frequente, sendo seguido pela incontinência urinária.

As ações de auto-cuidado identificadas, neste grupo de mulheres, com relação as exigências de eliminação, caracteriza-se por uma tendência positiva em relação às ações de auto-cuidado nesta área.

A seguir a exigência de auto-cuidado que apresentou maior frequência no grupo como um todo, foi a: exigência de auto-cuidado terapêutico relacionadas ao equilíbrio entre atividade e repouso. Relacionada a esta exigência, as atividades físicas, intelectuais e sociais foram as que mais influenciaram para a identificação deste grande número de exigências neste requisito de auto-cuidado. A falta de atividade física e o excesso de repouso merecem maior destaque. O que pode ser explicado provavelmente pelo fato da maioria das idosas estudadas terem sido, em suas vidas pregressas donas de casa e assim sendo suas atividades físicas compreendiam principalmente os afazeres do lar e o cuidado com os filhos. Durante o processo de envelhecimento tais mulheres foram perdendo este papel e tornando-se mulheres sedentárias dedicadas apenas aos trabalhos manuais para passar o tempo. Como pode-se observar neste estudo, as exigências de auto-cuidado relacionadas às atividades ocupacionais recebem por parte das idosas uma atenção maior em termos de auto-cuidado do que as exigências relacionadas às atividades físicas. Na atividade ocupacional existe implicitamente uma atitude de auto-cuidado. A necessidade que cada uma sente de se ocupar e de produzir, é atendida geralmente pelas atividades artesanais, habilidade própria das mulheres desta geração.

O mesmo pode ser explicado quanto a constância de exigências relacionadas à atividade intelectual. Pois estas idosas em sua maioria pertencem a uma geração em que as mulheres tiveram um mínimo de formação cultural e isto agora na velhice torna-se um fator de alienação e desinformação, contribuindo

ainda mais com o isolamento e desatualização da pessoa idosa. Novamente as ações de auto-cuidado estão voltadas para a necessidade de ocuparem-se através dos trabalhos em detrimento das atividades intelectuais.

No que se refere ao equilíbrio entre estar só e interagir socialmente as exigências de auto-cuidado foram expressivas, principalmente no grupo I e II. As exigências identificadas foram: necessidade de maior interação social, situações de isolamento, necessidade de atividades sociais e necessidade de participação comunitária. O que vem contribuir com a idéia de que o idoso é um ser solitário. Observou-se neste grupo que as situações que poderiam fornecer-lhes condições de interação social, não estão ou estão muito pouco presentes na vida diária destas idosas. Apesar de estarem vivendo em uma instituição que tenta proporcionar um ambiente comunitário. No qual várias atividades e momentos de interação são estimulados. Há no grupo uma diminuição dessa interação, principalmente entre as idosas e pessoas da comunidade, isto devido, provavelmente, à institucionalização em si e à retração social decorrente dela. A relação com a família varia de idosa para idosa, havendo algumas que conseguiram manter um relacionamento familiar integrado à situação de institucionalização. Outras, apesar de terem o apoio da família, assumiram mais a instituição e não negam a falta da relação familiar cotidiana. O que parece determinar o grande número de exigências relacionadas ao equilíbrio entre estar-só e interagir socialmente são situações como: a falta de um ambiente de trabalho, a falta do convívio familiar e de relações de amizade e até mesmo a falta de integração na sociedade.

As ações de auto-cuidado relacionadas ao requisito: equilíbrio entre estar só e interagir socialmente, são de baixo nível e existem muito poucas ações direcionadas aos problemas

relacionados a solidão e a interação social.

Houve neste estudo um grande número de exigências de auto-cuidado do tipo desenvolvimental, sendo que as que apresentaram maior freqüência foram aquelas relacionadas à: adaptação ao C.V.I., adaptação à própria senescência; perda da autonomia e ao sentimento de falta de sua antiga casa e de sua família. Entretanto a capacidade das mulheres a nível de auto-cuidado de desenvolvimento é bastante interessante, principalmente pelo que foi evidenciado no Grupo II e III. Isto é a capacidade de adaptar-se às circunstâncias, promover interação social e adaptar-se a nova moradia e a formação de uma nova rede de apoio a partir de pessoas estranhas a sua convivência. Tais situações exigem da pessoa idosa uma atitude de enfrentamento e um esforço particular para a produção de ações de auto-cuidado que preservem a sua pessoa e o seu bem estar. Ocorrendo que no grupo estudado a maioria das idosas demonstrou que podem desenvolver nesta área ações de auto-cuidado.

Das exigências relacionadas ao auto-cuidado do tipo desvio de saúde as que mais se repetiram estão relacionadas a problemas de ordem cardíaco-vascular. Sendo elas: história de angina pectoris, história de infarto do miocárdio, Insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial e presença de varizes nos membros inferiores.

O grupo de exigência que vem em segundo lugar, para este tipo de auto-cuidado, são aquelas relacionadas ao sistema músculo-esquelético como: dores articulares; problemas relacionados à coluna vertebral e diagnóstico médico de artrose. Associadas a estas, estão geralmente as exigências de auto-cuidado relacionadas à má postura e ao risco de queda. A seguir, outras exigências referente ao auto-cuidado de desvio de saúde destacaram-se. Estando relacionadas à: integridade cutânea-mucosa, de-

ficiência visual e auditiva.

Observou-se que para os três grupos, as ações de auto-cuidado do tipo desvio de saúde, são de médio e baixo nível. Entendeu-se que a produção de ações de auto-cuidado relacionadas ao desvio de saúde parece difícil para o grupo estudado. Identificando-se, inclusive, que as ações exigidas, por vezes são mais complexas do que as de outro tipo de auto-cuidado. No entanto identificou-se também que com relação às exigências de auto-cuidado de desvio de saúde as informações básicas e necessária para a produção do auto-cuidado não são fornecidas às idosas. Podendo ser este associado ao principal fator do baixo nível de ações de auto-cuidado relacionado aos problemas de saúde.

Vários fatores parecem ter interferido na produção de ações para o auto-cuidado, neste grupo de mulheres idosas. Entre eles estão: a) falta de informações; b) incapacidade física; c) hábitos arraigados e desmotivação para empreender energia em uma mudança de comportamento; d) comodismo; falta de iniciativa; e e) falta de conhecimento e informações sobre o seu real estado de saúde. Exemplo disto foi o baixo nível das ações de auto-cuidado relacionadas às exigências de auto-cuidado terapêutico de desvio de saúde, identificadas no grupo todo. Justificado possivelmente pelo fato de que tais ações para serem produzidas exigem a aquisição de novos conhecimentos e informações que na maioria das vezes não são fornecidas para uma pessoa idosa. Isto vem colaborar com a afirmação de Orem (1985), de que o auto-cuidado não é somente uma característica humana, mas também uma habilidade complexa que necessita ser adquirida.

Quanto as deficiências encontradas com relação a competência para o auto-cuidado, estas devem-se, provavelmente, à falta de padrão e seqüência lógica no atendimento às exigências apresentadas. O que resulta em ações que, quando presentes, são

isoladas e aleatórias e não se somam a um comportamento único, voltado para a promoção do bem estar e conservação da vida. Nestes casos a consciência de auto-cuidado ou seja a competência é ainda relativa, necessitando ser melhor direcionada.

Como conclusão final pode-se dizer que a competência para o auto-cuidado observadas neste grupo de idosas parece estar relacionadas às capacidades de determinadas pessoas em adquirir conhecimento e superar limitações decorrentes do processo de envelhecimento ou ainda adaptar-se da melhor maneira possível às condições do mesmo. O que para algumas idosas resultou em um processo de regulação das condições existentes em si mesma ou no ambiente. Como pode ser observado em várias idosas deste grupo, principalmente aquelas pertencentes ao grupo III.

Implicações

Esta pesquisa pode possibilitar principalmente o conhecimento das exigências terapêuticas de auto-cuidado, e da competência para o auto-cuidado nas mulheres idosas pesquisadas, além de representar um marco inicial útil para as ações de enfermagem nas áreas de assistência, ensino e pesquisa da Enfermagem Gerontológica no Brasil.

Na prática de enfermagem, a pesquisa poderá fornecer instrumentos que permitirão aos enfermeiros identificar problemas de enfermagem específicos das pessoas idosas e com isto implementar ações que visem suprir estas necessidades, objetivando sua independência.

No ensino de enfermagem, a pesquisa poderá ser útil para alertar a necessidade de preparar enfermeiros para atender ao número cada vez maior de idosos da população, além de somar-se ao corpo de conhecimento já existente na área.

Na pesquisa de enfermagem, o estudo poderá contribuir para uma maior compreensão das necessidades e potencialidades da pessoa idosa e para o conhecimento da Teoria do Auto-Cuidado.

Limitações

O estudo por ser uma tentativa de verificar as exigências e a competência para o auto-cuidado das pessoas idosas residentes no C.V.I. e por ter estas variáveis componentes muito complexos, várias foram as limitações deste estudo.

Com relação ao instrumento para coleta de dados este foi idealizado a partir do processo de enfermagem e seguindo os requisitos de auto-cuidado proposto por Orem (1985). O objetivo de se manter o instrumento desta forma, como um histórico de enfermagem, foi o de dar uma abordagem holística para a coleta de dados. Entretanto definiu-se para efeitos da pesquisa utilizar apenas os primeiros passos do processo (entrevista e diagnóstico), o que por sua vez, tornou limitada a visão global e a evolução de cada idoso. Que poderia ter sido obtido desenvolvendo-se todos os passos do processo de enfermagem.

Outra questão limitante do estudo foi a necessidade de classificar as ações de auto-cuidado ou seja dados qualitativos em dados quantitativos, alterando o enfoque qualitativo, a fim de determinar o nível de competência para o auto-cuidado de cada idoso.

A classificação dos dados brutos em diferentes tipos de exigências de auto-cuidado e em ações de auto-cuidado, conforme a teoria de D. Orem (1985), foi um processo subjetivo realizado apenas pela pesquisadora. A falta de validação desta etapa da pesquisa por peritos na área tornou-se um fator limitante do estudo.

Além destes outros fatores podem ser considerados limitantes do estudo, sendo: a) o número reduzido de idosos na amostra e esta composta apenas por mulheres; e b) todos os idosos pertencentes à mesma classe social e nível institucional.

Recomendações

A partir do desenvolvimento deste estudo e das conclusões obtidas sugere-se:

- Completar, a partir do referencial teórico desenvolvido, os passos da metodologia de assistência de enfermagem, implementando e testando-os.
- Aprofundar os estudos a respeito do diagnóstico de enfermagem, a partir da utilização da Teoria de Auto-Cuidado com pessoas idosas.
- Submeter, durante a fase de coleta de dados, a definição das exigências de auto-cuidado identificadas pela pesquisadora à peritos. Assim como a classificação das ações de auto-cuidado.
- Testar o referencial teórico com uma amostra maior de idosos, criticando e sugerindo alterações quando necessário, com o objetivo de complementá-lo.
- Identificar exigências e a competência para o auto-cuidado junto a idosos de nível institucional e classes sociais diferentes.
- Replicar o estudo incluindo idosos do sexo masculino com a finalidade de ampliar os conhecimentos da pessoa idosa em relação ao auto-cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVAREZ, A.M. Aplicação da Teoria de Auto-cuidado a uma comunidade de idosas em Florianópolis-SC. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 40, Belém-PA, 1988, Programa Associação Brasileira de Enfermagem. Belém, 1988, p.90.
- ANDRÉ, M.E.D.A. Estudo de caso: seu potencial na educação. Cadernos de Pesquisa, Terezina, (49): 51-4, maio/1984.
- AMÂNCIO, A. O problema social da velhice. In: AMÂNCIO, A. & CAVALCANTI, P.C.U. Clínica Geriátrica. Rio de Janeiro, Atheneu, 1975. Cap. 2, p.5-11.
- ARAÚJO, R.M.S. Problemas de enfermagem geriátrica. In: HUTZ, A. Temas de geriatria e gerontologia. São Paulo, FUNDO EDITORIAL BYK, 1986. p. 345-54.
- BACKSHEIDER, J.F. Self-care requirements, self-care capabilities, and nursing systems in the diabetic nurse management clinic. American Journal of Public Health, Washington, 64(12): 1138-46, 1974.
- BARROS, S. Opinião de familiares de doentes idosos internados em hospital psiquiátrico sobre suas manifestações de comportamento. São Paulo, 1982. 94 p. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- BASTIAN, E.M. Estudo sobre credenciamento de internatos para pessoas idosas. Rev. Saúde Pública. São Paulo, 14: 439-53. 1980.
- ✓ BATISTA, M.D. A terceira idade e suas necessidades: uma visão de enfermagem. Rio de Janeiro, 1985. 83 p. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem Ana Neri.
- BENOIST, D. Como definir la dependencia en los ancianos. In: Programa de formacion gerontológica: articulos seleccionados. Rio de Janeiro, SESC-CIGS, 1986. p. 229-266.
- BOEMER, M.R. et alii. A idéia de morte no idoso - uma abordagem

- compreensiva. Geriatrics em síntese. Guarulhos, 2: 52-6. 1988.
- BOSI, C. Memória e sociedade: lembranças de velhos. São Paulo, TAQ-EDUSP, 1979. p. 35.
- BOWER, F.N. & PATER, J. A theory based nursing assessment of the aged. Topics in Clinical Nursing, 8(1): 22-31, apr/1986.
- BRINK, P.J. & WOOD, M.J. Basic steps in planning nursing research from question to proposal, 2ª ed. Monterey, Wadworth Health Sciences Division, 1983. p. 90-105.
- BRYANT, J. Atención primaria de base comunitaria: fundamento de la atención de salud. In: Hacia el bienestar de los ancianos. Washington, OPAS-OMS, 1985, p. 37-58.
- BURNSIDE, I.M. Terapia de relacionamento de diálogo com os idosos. In: _____, Enfermagem e os idosos. São Paulo, Andrei, 1979. p. 110-118.
- CANÓAS, C.S. A condição humana do velho, São Paulo, Cortez, 1985. 79 p.
- CHERRY, A.K. The effect of an exercise program on self-care activities for the institutionalized elderly. Journal of Gerontological Nursing, 8(5): 282-55, may/1982.
- CENTRO INTERNACIONAL DE GERONTOLOGIA SOCIAL, Programa de Formacion em Gerontologia. SESC/SBGG. Rio de Janeiro, 1986. p. 552.
- COGO, A.L.P. Assistência de enfermagem ao idoso convalescente de pneumonia. Rev. Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, 6(2): 293-304, jul/1985.
- COPPARD, L.C. A auto-atención de la salud y los ancianos. In: Hacia el bienestar de los ancianos. Washington, OPAS-OMS, 1985. p. 45-58.
- CUNHA, U.G. de V. et alii. Levantamento epidemiológico psicogeriatrico em asilos. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio

de Janeiro. 34(6): 389-394, nov./dez. 1985.

DENYES, M.T. Development of an instrument to measure self-care agency in adolescents Michigan, Michigan, 1980. - Doctoral dissertation, The University of Michigan.

EHRlich, S.P. & LITVAK, J. El envejecimiento y los países em desarrollo de la región de las Américas. Bol. of Sanit. Panamericana, Washington, 91(6): 513-517, 1981.

FERNANDES, D. de S. A família, o idoso e o trabalho. In: GOMES, F.A. de A. & FERREIRA, P.C.A. Manual de geriatria e gerontologia, Rio de Janeiro, E.B.M., 1985, p. 33-43.

FORD, A.B. Is health promotion affordable for the elderly? In: ELLS, T. Aging and health promotion, London, Aspen Publication, 1982, p. 129-138.

FUKUDA, I.M.K. et alii. Assistência de enfermagem a pacientes com manifestações de senilidade. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 14(3): 265-270, dez./1980.

GAST, H. The relationship between stages of ego development and development stages of health self-care operations. Texas, 1983. 154 p. Doctoral dissertation, Texas Woman's University.

GOMES, D.L.S. & SCATENA, T.C. Os idosos e a realidade da velhice. Rev. Bras. Enf., Rio Grande do Sul, 36: 129-151, abr./maio/jun. 1983.

GOMES, F.A. de A. & FERREIRA, P.C.A. Manual de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro, E.B.M., 1985. p. 361.

GUIMARÃES, R.M.M. Programa de saúde do idoso. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 8, São Paulo, 1988, programa. São Paulo, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 1988. p. 57-76.

_____. Proteção e Saúde do idoso. Rev. Saúde Pública. São Paulo. 21(3): 274-5. 1987.

KALACHE, A. et alii. O envelhecimento da população mundial, um

- desafio novo. Rev. Saúde Pública, São Paulo. 21:200-10, 1987.
- HANKES, D.D. Self-care assessing the aged client's need for independence. Journal of Gerontological Nursing, 10(5), 1984.
- HORTA, W. de A. A assistência de enfermagem ao adulto idoso. Enf. Novas Dim., São Paulo, 4(5):268-2273, 1978.
- HUTZ, A. Temas de geriatria e gerontologia. São Paulo, FUNDO EDITORIAL BYK, 1986. p. 383.
- JIMÉNES-CASTRO, W. Implicações econômicas del envejecimiento de la población en America Latina y el Caribe. In: Hacia el bienestar de los ancianos. Washington, OPAS-OMS, 1985. p.06-102.
- JORDÃO, A.N. A segregação do velho na sociedade. São Paulo, Secretaria de Descentralização e Participação do Estado de São Paulo, 1986.
- KAPRIO, L.A. Envelhecimento: uma declaração de política de saúde. A saúde do Mundo. Genebra, p. 20-21. fev./mar. 1982.
- KASTENBAUM, R. Velhice: anos de plenitude. São Paulo, Harper & Row, 1981. p. 32-36.
- KEARNEY, B.Y. & FLEISCHER, B.J. Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. Res. Nurs. & Health, New York, 2(1):25-34, 1979.
- LANTZ, J.M. Self - actualization and indicator of self-care practices among adults 65 year and over. Texas, 1981. 227 p. Doctoral dissertaion, Texas A. & M. University.
- LIVAK, J. Recursos para programas nacionales de salud relacionados con el envejecimiento. In: Hacia el bienestar de los ancianos. Washington, OPAS-OMS, 1985. p. 157-59.
- MAGALHÃES, D.N. A invenção social da velhice. Rio de Janeiro, Edição do autor, 1987. p. 19 e 20.
- MAHLER, H. Aumentando a vida dos anos. A saúde do Mundo.

Genebra, 5: p.3, fev./mar., 1982.

MANZOLLI, M.C. Senescência: implicações para enfermagem. In: Relacionamento em enfermagem: aspectos psicológicos. São Paulo, Savier, 1983. p. 79-80.

MENDES, M.M.R. Enfermagem gerontológica e geriátrica: do estado da arte no Brasil e uma proposta para o ensino de graduação. São Paulo, USP, 1989., 169 p. Dissertação de mestrado.

MENEZES, M. do R. Participação da família na assistência ao idoso hospitalizado. Rev. Baiana de Enfermagem, Salvador, 2(1):137-139, jun. 1986.

MISHARA, B.L. & RIEDEL, R.G. El proceso de envejecimiento. Madrid, Ed. Morata, 1982. p. 281.

MONTEIRO, M.E. & CAMPEDELLI, M.C. Atuação de enfermagem em geriatria: uma nova concepção dentro de um hospital geral. Acta Paul. Enf., São Paulo, 2(2): 46-50, jun. 1989.

NASCIMENTO, E.C. do. Tópicos em geriatria. Porto Alegre, PUC-RS, 1984. p. 158.

NEVES, E.P. The relationship of hospitalized individual's cognitive structure regarding health to their health self-care behaviors. Washington, 1980. 198 p. Doctoral dissertation Catholic University of America.

NURSING DEVELOPMENT CONFERENCE GROUP. Concept formalization: process e product. Boston, Little Brown, 1979.

OLIVEIRA, C. Atuação da enfermagem face ao idoso hospitalizado. Rev. Baiana de Enfermagem. Salvador, (1):40-61, 1983.

_____. Porque asilamos nossos velhos. Rev. Bras. Enf., Brasília, 38(1):7-13, jan./mar. 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Medicosocial work and nursing the changing needs. Cologne/Helsinki, nov./set., 1981. (Euro Reports and Studies 79).

_____. Services to prevent disability in the elderly.

- Sokobanja. oct. 1982. (Euro Reports and Studies 83).
- _____. Protecting the health of the elderly. Copenhagen. 1983. (Public Health in Europe 18).
- _____. Aplicaciones de la epidemiologia al estudio de los ancianos. Ginebra, 1984. (Série Informes Técnicos 706).
- ONU. Documentos principales de la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. In: Programa de Formacion em Gerontologia. Rio de Janeiro, SESC/CIGS, 1986. p. 9-60.
- OREM, D.E. Nursing: concepts of practice. 3 ed. New York, Mc Graw-Hill, 1980. p. 232.
- _____. Nursing: concepts of practice. 3 ed. New York, Mc Graw-Hill, 1985. p. 303
- PELICER, Y. Aspectos psicológicos del envejecimiento. In: Programa de Formacion em Gerontologia. Rio de Janeiro, SESC/CIGS, 1986. p. 506-514.
- PEREIRA, R.C.J. Longevidade: prêmio ou castigo. Rev. Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, 5(1): 59-63, jan. 1984.
- PÉRES, E.A. El envejecimiento en América y el Caribe. In: Hacia el bienestar de los ancianos. Washington, OPAS-OMS, 1985. p. 9-24.
- POLIT, D. & HUNGLER, B. Investigação Científica: em ciencias de la salud. 2 ed. México, Interamericana, 1985. p. 595.
- QUEIROZ, Z.P.V. de. Os idosos: uma nova categoria etária no Brasil. Cadernos da Terceira Idade, São Paulo, (10):17-32, 1982.
- RAMOS, T.A.G. Acidente na velhice: aspectos epidemiológicos. Rev. Baiana de Enf., Salvador, 2(1): 140-1, jun. 1986.
- RAMOS, L.R. et alii. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rev. Saúde Pública, São Paulo, 21:221-24, 1987.
- RODRIGUES, R.A.P. O paciente geriátrico cirúrgico em hospitais gerais de Ribeirão Preto. São Paulo, USP, 1987. 85 p. Dis-

- sertação de mestrado.
- SALGADO, M.A. O significado da velhice no Brasil: uma imagem da realidade latino-americana. Cadernos da Terceira Idade. São Paulo, (10):7-13, 1982.
- SANTOS, L.L.C. dos. Ações de enfermagem e sua importância segundo o enfermeiro e o paciente geriátrico. Rev. Esc. Enf. USP. São Paulo, 16(1):37-52, abr. 1982.
- SOUZA, M.L. & SPRICCCIGO, J.S. População dos estados da região sul do Brasil e o compromisso social da enfermagem com o idoso. Rev. Bras. Enf., Brasília, (36):192-199, abr./maio 1983.
- SULLIVAN, T.J. A self-care model of nursing and the aged. New York, 1979. 396 p. Doctoral dissertation, Columbia University Teachers College.
- UNESCO. Um plano mundial de ação. Correio da UNESCO, (12):32-34, DEZ. 1982.
- VARGAS, H.S. Psicologia de envelhecimento. São Paulo, FUNDO ED. BYK-Prociencx, 1983. p. 150.
- VERAS, R. Relatório do Grupo de Trabalho da Saúde do Idoso. In: I CONGRESSO REDE IDA/BRASIL. 12. Rio de Janeiro, Secretariado Rede Ida/Brasil, UERJ, I.M.S.; Fundação W.K.Kellog, 1989.
- WALDOW, V.R. A enfermagem como agente de mudança na percepção do envelhecimento. Revista do HCPA, Porto Alegre, 3(1):117-20, 1983.
- _____. O papel da enfermagem na velhice em fase das modificações fisiológicas e fisiopatológicas. Rev. Paul. Enf., São Paulo, 4(4):127-131, out./dez. 1984.
- _____. Determinação do nível de dependência em enfermagem junto a idosos institucionalizados de Porto Alegre/RS. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, 8(1):46-73, jan.

1987.

- _____. Aprendizagem na velhice: aplicação das teorias de Rogers, Maslow e Brunner. Rev. Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, 8(2):244-260. jul. 1987.
- WALDOW, V. R. & FRICHEMBRUDER, R. "A velhice" um ensaio experimental. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, 6(2): 265-74, 1985.
- WILLIAMS, T.F. El desafio científico a la atención de salud y el anciano. In: Hacia el bienestar de los ancianos. Washington, OPAS-OMS, 1985. p. 30-34.

A N E X O S

INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS DE AUTO-CUIDADO TERAPÊUTICO EM INDIVÍDUOS IDOSOS

1ª Parte:

I. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ Idade: _____
 Estado civil: _____ Sexo: _____
 Procedência: _____ Religião: _____
 Profissão desenvolvida antes da aposentadoria: _____

II. REQUISITOS DE AUTO-CUIDADO UNIVERSAL	III. DADOS SUBJETIVOS E OBJETIVOS	IV. EXIGÊNCIA DE AUTO-CUIDADO TERAPÊUTICO	V. AÇÕES DE AUTO-CUIDADO	VI. CLASSIFICAÇÃO DAS AÇÕES:		
				1	2	3
<p>a) Aeração:</p> <ul style="list-style-type: none"> . qualidade do ar respirado; . preocupação com o ambiente; . presença de secreção brônquica; . tosse e dispnéia; . perfusão das extremidades; . expansão pulmonar; . conhecimento da necessidade de suficiente oxigenação. <p>b) Ingestão hídrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> . qualidade e quantidade de líquidos ingeridos diariamente; . condições de hidratação da pele e mucosas; . conhecimento da necessidade da ingestão hídrica. <p>c) Alimentação:</p> <ul style="list-style-type: none"> . qualidade e quantidade de alimentação; . condições dentárias, mastigação e deglutição; . alterações visuais, olfato, paladar; . estímulo para alimentar-se; . conhecimento da necessidade de alimentação. 						

Cont.

II. REQUISITOS DE AUTO-CUIDADO UNIVERSAL	III. DADOS SUBJETIVOS E OBJETIVOS	IV. EXIGÊNCIAS DE AUTO-CUIDADO TERAPÊUTICO	V. AÇÕES DE AUTO-CUIDADO	VI. CLASSIFICAÇÃO DAS AÇÕES:
				1 2 3
<p>d) Cuidados associados com eliminação e excreção:</p> <ul style="list-style-type: none">. funcionamento intestinal/alterações no funcionamento intestinal (hemorróides, incontinência, obstipação e flatulência);. funcionamento urinário/alterações no funcionamento urinário (retenção, incontinência, noctúria, urina);. alterações genitais/sudorese;. hábitos de higiene;. conhecimento sobre alimentação e hidratação relacionado às eliminações;. motivação para os cuidados relacionados à eliminação.				
<p>e) Equilíbrio entre atividades e descanso:</p> <ul style="list-style-type: none">. atividade diária (física, intelectual, social, religiosa);. sono (qualidade, quantidade, medicação);. avaliação quanto às suas atividades (se o idoso gostaria de aumentar ou diminuir);. motivação para participar das diversas atividades;. tipos de atividades que gostaria de desenvolver;. conhecimento das necessidades do equívrio entre atividade e descanso.				
<p>f) Equilíbrio entre estar só e a interação social:</p> <ul style="list-style-type: none">. suporte social de apoio (família, residentes, administração do cur... aut...)				

Cont.

II. REQUISITOS DE AUTO-CUIDADO UNIVERSAL	III. DADOS SUBJETIVOS E OBJETIVOS	IV. EXIGÊNCIA DE AUTO-CUIDADO TERAPÊUTICO	V. AÇÕES DE AUTO-CUIDADO	VI. CLASSIFICAÇÃO DAS AÇÕES:		
				1	2	3
<p>f) Equilíbrio entre estar só e a interação social: (Continuação)</p> <ul style="list-style-type: none">. motivo por ter vindo morar no CVI;. desejo de dividir os aposentos com outras pessoas no CVI ou voltar a morar com parentes;. encontra-se sozinho - quantas horas;. sente solidão?. gostaria de conhecer mais pessoas?. convivia amigos para conversar em seu quarto?. tem alguma pessoa que lhe é mais íntima?. sente falta de um companheiro?. relaciona-se com pessoas de idade diferente da sua?						
<p>g) Funcionamento e desenvolvimento normal:</p> <ul style="list-style-type: none">. aparência geral, SSVV;. peso e altura;. funcionamento do sistema, cardiovascular, respiratório, músculo-esquelético;. satisfação às condições habitacionais;. adaptação à aposentadoria e aos padrões do CVI;. acesso recursos comunitários;. regularidade de suporte médico-dentário;. participação das atividades de grupo;. participação na vida comunitária e nacional;. papel social na comunidade.						
<p>h) Risco à vida e ao bem-estar:</p> <ul style="list-style-type: none">. órgãos do sentido;						

Cont.

II. REQUISITOS DE AUTO-CUIDADO UNIVERSAL	III. DADOS SUBJETIVOS E OBJETIVOS	IV. EXIGÊNCIA DE AUTO-CUIDADO TERAPÊUTICO	V. AÇÕES DE AUTO-CUIDADO	VI. CLASSIFICAÇÃO DAS AÇÕES:
				1 2 3
<p>h) Risco à vida e ao bem-estar: (Cont.)</p> <ul style="list-style-type: none"> . sistema cardiovascular; . sistema respiratório; . sistema músculo-esquelético; . sistema integumentar; . condições ambientais (pisos, degraus, iluminação, ventilação, móveis); . condições sócio-econômicas. 				
<p>II. REQUISITOS DE AUTO-CUIDADO DE DESENVOLVIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> a) adaptação à velhice. b) adaptação à aposentadoria. c) perda de papéis sociais. d) luto. e) mudança de residência. f) perda da identidade. 	<p>III. DADOS SUBJETIVOS E OBJETIVOS</p>	<p>IV. EXIGÊNCIA DE AUTO-CUIDADO TERAPÊUTICO</p>	<p>V. AÇÕES DE AUTO-CUIDADO</p>	<p>VI. CLASSIFICAÇÃO DAS AÇÕES:</p> <p>1 2 3</p>
<p>II. REQUISITOS DE AUTO-CUIDADO DE DESVIO DE SAÚDE</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Processos patológicos crônicos ou agudos já instalados: <ul style="list-style-type: none"> . conhecimento sobre a sua doença; . controles efetivos para prevenir complicações. b) Cuidados associados à atuação de diagnóstico ou tratamento médico (medicação, curativos, controle): <ul style="list-style-type: none"> . ações de auto-cuidado relacionadas à doença e ao tratamento; . medicação utilizada. c) Exigências associadas a incapacidade: <ul style="list-style-type: none"> . locomotora; . percepção. 	<p>III. DADOS SUBJETIVOS E OBJETIVOS</p>	<p>IV. EXIGÊNCIA DE AUTO-CUIDADO TERAPÊUTICO</p>	<p>V. AÇÕES DE AUTO-CUIDADO</p>	<p>VI. CLASSIFICAÇÃO DAS AÇÕES:</p> <p>1 2 3</p>



ASSOCIAÇÃO METODISTA DE AÇÃO SOCIAL DE FLORIANÓPOLIS

CENTRO VIVENCIAL PARA PESSOAS IDOSAS

Rodovia Amaro Antonio Vieira, 191 (Itacorubi)

CGC - MF 83.262.519/0001-75

Registro no Conselho Nacional de Serviço Social nº 228.829.77

Declarada de Utilidade Pública
Municipal pela Lei nº 1353

Declarada de Utilidade Pública
Estadual pela Lei nº 5.174

AUTORIZAÇÃO

Como diretor do Centro Vivencial para Pessoas Idosas autoriza à Profa. Angela Maria Alvarez a usar a informação do nome desta instituição que foi o locus de sua pesquisa em sua tese de mestrado intitulada: "Identificação das Exigências de Auto-cuidado Terapêutico de Mulheres Idosas e a Competência para Satisfazer a Tais Exigências."

Florianópolis, 30 de abril, 1990

William R. Schisler Filho

William R. Schisler Filho