
O IDOSO HIPERTENSO E O AUTOCUIDADO¹

THE HYPERTENSE AGED PEOPLE AND THE SELF-CARE

EL EDOSO HIPERTENSO Y EL AUTOAYUDA

MARIA ROBERLANDIA SOARES DE MELO FREIRE²

MARIA MIRIAM LIMA DA NÓBREGA³

FREIRE, M. R. S. M.; NÓBREGA, M. M. L. O idoso hipertenso e o autocuidado.

Este estudo teve como objetivo aplicar e avaliar os conceitos da Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Orem na sistematização da assistência de enfermagem ao idoso hipertenso. Os resultados permitiram a identificação de diagnósticos de enfermagem, para os quais foram desenvolvidas, implementadas e avaliadas as ações de autocuidado. Concluindo, ressalta-se a importância da aplicabilidade prática do processo de enfermagem à luz do referencial de autocuidado de Orem, que possibilitou a identificação de diagnósticos, o planejamento, a execução e a avaliação da assistência de enfermagem, visando ao engajamento do cliente no autocuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Autocuidado, Idoso, Hipertensão.

This study had as objective to apply and to evaluate the concepts of the Self-care Deficit Theory of Nursing the Orem in the systematization of the nursing assistance hypertense aged people. The results allowed the identification of the nursing diagnoses, for which the self-care actions were developed, implemented and appraised. Ending, the importance of the practice's application of the nursing process to the light of the Orem self-care referential, that facilitated the identification of diagnoses, the planning, the execution and the evaluation of the nursing attendance, seeking to the customer's placement in the self-care.

KEY WORDS: Self-care, Aged people, Hypertension.

Tal estudio tuvo como objetivo aplicar y evaluar los conceptos de la Teoría de la Enfermería de la Deficiencia del Autoayuda de Orem, en la sistematización de la asistencia de enfermería al edoso hipertenso. Los resultados han permitido la identificación de diagnósticos de enfermería, y para cada diagnóstico se han desarrollado, implementado y evaluado las acciones del autoayuda. En conclusión, se ha resaltado la importancia de la aplicabilidad práctica del proceso de enfermería, basado en el referencial de autoayuda de Orem, posibilitando la identificación de diagnóstico, planeamiento, ejecución y evaluación de la asistencia de enfermería, visando al compromiso del cliente en el autoayuda.

PALAVRAS CLAVE: Autoayuda, Edoso, Hipertenson

¹ Resumo da Dissertação de Mestrado desenvolvida e aprovada no Curso de Mestrado em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

² Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde. Mestre em Enfermagem pela UFPB.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UNIFESP. Professora do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Orientadora da Dissertação. E-mail: miriamnobrega@uol.com.br

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população em todo o mundo constitui hoje um problema social da maioria das comunidades, particularmente, dos países em desenvolvimento, onde este processo ocorreu, de maneira crescente, nas últimas décadas. No tocante à realidade brasileira, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1999) revelam que o ritmo de crescimento da nossa população de 60 anos ou mais, tem sido intenso. Segundo projeções elaboradas no IBGE, enquanto a população com menos de 20 anos cresceu 12% de 1980 a 1999, neste mesmo período, a população idosa cresceu 70%, o que significa um acréscimo de, aproximadamente, seis milhões de idosos. Ainda, segundo estas mesmas projeções, em 1999 existia uma razão de sexo de 120 mulheres para cada 100 homens idosos.

O processo de envelhecimento populacional, no Brasil, iniciou-se a partir da década de 1960, quando houve um acentuado declínio da fecundidade, redução da mortalidade geral e aumento das taxas de sobrevivência ou expectativa de vida, ocorrendo aí o fenômeno denominado transição demográfica, onde o país deixa de ter predominância de jovens, passando a envelhecer. Concomitante a esse fenômeno de transição demográfica, surgiu outro, a transição epidemiológica, com três características básicas: substituição das causas de morte de doenças transmissíveis por causas externas; o deslocamento da maior carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos e a transformação de uma situação em que predomina a mortalidade em outra em que a morbidade é diferente (CHAIMOWICZ, 1997).

VERAS (1994) afirma, em seu trabalho intitulado "*País jovem com cabelos brancos*", que, em 1950, o Brasil era o 16º do mundo em pessoas idosas, com 2,1 milhões destes indivíduos. Até 2025 estima-se que terá chegado ao 6º lugar, com a assombrosa quantidade de 31,8 milhões de idosos, apresentando o maior aumento proporcional dentre os países mais populosos do mundo durante esse período. Este autor menciona ainda que os Estados do Rio de Janeiro e da Paraíba são os que abrigam a maior proporção de idosos do país (9,20% e 9,04%, respectivamente). No Estado da Paraíba, o processo de envelhecimento decorre principalmente das péssimas condições de vida da sua população produtiva, que migra, em grande propor-

ção, para outros Estados, em busca de trabalho, aliadas às altas taxas de mortalidade da população jovem e à drástica redução da fecundidade oriunda da esterilização em massa nas regiões carentes.

Mediante essa problemática e com o objetivo de atender à população idosa, foi instituída a Política Nacional do Idoso, de acordo com o que preceitua a Lei N.º 8.842/1994. Esta política é coordenada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, com a participação de outros Ministérios (Cultura, Educação e Desportos, Justiça, Saúde, Trabalho e Planejamento). Esse plano de ação conjunta trata de ações preventivas, curativas e promocionais, objetivando a melhor qualidade de vida do idoso (BRASIL-MS, 1995).

Com o aumento do universo de idosos em nosso país, e, em nosso Estado, especificamente, mudou também o perfil da morbi-mortalidade da população brasileira, ocorrendo doenças infecciosas e parasitárias e o aumento dos óbitos por doenças crônico-degenerativas, típicas das faixas etárias mais avançadas, o que implica severos custos para o setor saúde. Dentre as doenças crônico-degenerativas que mais afetam o idoso, as enfermidades cardiovasculares ocupam a liderança como causa de morte em todo o mundo, além de terem o tratamento mais dispendioso do que qualquer outra síndrome mórbida (BRASIL-MS, 1993).

A hipertensão arterial, que é uma doença crônica, desencadeada por uma série de fatores, pode ser controlada, mas não curada. O Ministério da Saúde define hipertensão arterial como a elevação crônica de uma ou das duas pressões: a sistólica e a diastólica, esta, igual ou superior a 160 mm/hg e a diastólica, igual ou superior a 95 mm/hg (BRASIL-MS, 1993).

Estudo realizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL-MS, 1995), objetivando verificar o impacto do idoso hospitalizado no SUS, foi constatado que a hipertensão arterial ocupava a sexta causa de hospitalização dos idosos. O Ministério da Saúde ressalta que este índice poderá ser mais expressivo ainda, se considerarmos que esta enfermidade, na maioria das vezes, é assintomática, o que leva o indivíduo a não procurar assistência médica, e que se enfrentam sérias deficiências no sistema de registro dos problemas de saúde.

Tem havido, na última década, preocupação crescente de se estudar as particularidades da hipertensão na terceira idade, tornando possível o esclarecimento de vários aspectos dessa entidade patológica, nessa faixa etária.

Em nossa prática profissional como enfermeiras, despertamos para analisar melhor este problema, considerando o elevado número de idosos acometidos por essa doença. Porém, no contexto da pessoa idosa portadora de hipertensão arterial existem aspectos ainda desafiadores, como o de se receber informações de que esta enfermidade é de caráter crônico e carece de atividades para a manutenção de uma qualidade de vida melhor, mas não se observar, na prática, adequada adesão a certas atividades. Diante de tal constatação, questionamos: Como assistir ao idoso hipertenso em suas necessidades de autocuidado?

A elaboração deste questionamento levou-nos a refletir sobre o controle da hipertensão arterial no idoso, como uma questão que extrapola a terapêutica por medicamentos, tão comum nessa situação, e que, muitas vezes, conduz o idoso à adição de novos problemas, como a iatrogenia. Portanto, nesta pesquisa, percebemos a pessoa idosa portadora de hipertensão arterial como um ser que está inter-relacionado com o seu contexto sociocultural e apto ao autocuidado, dentro de suas possibilidades, desde que motivado e orientado para isso.

Para nos guiar na construção desta pesquisa, escolhamos a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Orem, como referencial teórico, notadamente por se adequar ao nosso objeto de estudo, optando por uma modalidade de pesquisa não comum em nosso meio, a pesquisa convergente-assistencial, que permite uma articulação entre a prática profissional e o conhecimento teórico.

Objetivos

- Aplicar os conceitos da Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Orem na sistematização da assistência de enfermagem ao idoso hipertenso.
- Avaliar, à luz dos conceitos da Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Orem, o processo assistencial de autocuidado ao idoso hipertenso.

CAMINHO METODOLÓGICO

Para a construção metodológica deste estudo, utilizamos a pesquisa convergente-assistencial, que é aquela

que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intenção de se encontrar soluções para problemas, de se realizar mudanças e introduzir inovações na situação social. Segundo TRENTINI & PAIM (1999), *é conduzida para descobrir realidades, resolver problemas específicos ou introduzir inovações em situações específicas, em determinado contexto da prática assistencial; portanto se caracteriza como trabalho de investigação, porque se propõe refletir a prática assistencial a partir de fenômenos vivenciados no seu contexto, o que pode incluir construções conceituais inovadoras* (p.27).

O local utilizado para o desenvolvimento desta pesquisa foi o Ambulatório do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba – HUIW/UFPB, onde funciona o Programa de Atendimento ao Idoso (PROAI). Trata-se de um programa de caráter voluntário, assistido por uma equipe multiprofissional. Seu objetivo geral é promover um atendimento especializado e criar meios de proteção, prevenção e recuperação da saúde do paciente com idade igual ou superior a 60 anos.

Os sujeitos do estudo são idosos (clientes) com diagnóstico de hipertensão arterial, residentes na Grande João Pessoa, que freqüentaram o PROAI no período de janeiro a maio de 2000 e que assinaram o termo de consentimento livre esclarecido para participar do estudo. Este consentimento confirma o respeito aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, direito recomendado pela resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL-MS, 1996).

Atendendo aos critérios referidos acima, a nossa amostra foi constituída por cinco clientes, com os quais foram realizados quatro encontros individualizados, com exceção de um caso em que houve cinco encontros. Esses encontros ocorreram com intervalos que variaram entre 15 e 30 dias.

No desenvolvimento do estudo foram utilizadas como técnicas a entrevista, a observação e o registro de informações. A entrevista foi utilizada no levantamento de dados iniciais e subseqüentes, quando foi utilizado um roteiro estruturado baseado na Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Orem, para a obtenção de informações sobre os requisitos de autocuidado universal, de desenvolvimento e de desvio da saúde. A observação, que contribui para obtenção de informações inerentes à pesquisa, foi uti-

lizada durante toda a operacionalização do processo de enfermagem. O registro de informações foi feito, inicialmente, através de palavras-chave, em uma agenda, e, a partir delas, foram escritos os detalhes das observações e das falas dos clientes no instrumento de levantamento de dados e, nos encontros subsequentes, nas folhas do planejamento e avaliação do cliente.

Neste estudo, utilizamos o processo de enfermagem que é um conjunto de ações que fundamenta a prática. Segundo OREM (1995), o processo é uma ação regular e contínua ou uma sucessão de ações que ocorrem ou são realizadas de maneira definida. Tendo como base os conceitos principais da Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Orem, adotamos o modelo do processo de enfermagem de autocuidado nas seguintes etapas: **levantamento de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação da assistência e avaliação da assistência prestada.**

A fase de **levantamento de dados** corresponde à obtenção de informações sobre os requisitos de autocuidado universal, de desenvolvimento e de desvio de saúde.

A fase **diagnóstica** envolve um processo de investigação cuidadosa e direcionada, com exame e análise descritiva dos dados de uma pessoa e das condições e circunstâncias de sua vida, na tentativa de se explicar ou entender a natureza de suas condições existentes (OREM, 1995). Vale lembrar, que, quando Orem desenvolveu sua teoria, ainda não tinha sido formulado o sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem, e ela considerou operação diagnóstica a relação existente entre o agente de autocuidado do paciente e suas demandas terapêuticas para identificar os déficits de autocuidado. Neste estudo, identificamos os diagnósticos de enfermagem, com base no processo de análise e interpretação dos déficits de autocuidado, visando à tomada de decisão sobre a avaliação da demanda de autocuidado do idoso hipertenso e denominado, quando possível, de acordo com a Taxonomia da NANDA (2000), mas sem perder de vista o entendimento de que se estaríamos identificando déficits de autocuidado.

A etapa de **planejamento da assistência de enfermagem** envolve, a partir dos diagnósticos de enfermagem identificados, o estabelecimento de **metas, objetivos**, determinação do **sistema de enfermagem** e a escolha do **método de ajuda** a ser utilizado. O processo de planejamento envolve também a seleção das intervenções de en-

fermagem para o alcance das metas e objetivos traçados. Planejamos as intervenções de enfermagem, considerando suas metas estabelecidas e seus objetivos, isto é, descrevemos os comportamentos esperados e sob que condições os mesmos deveriam ocorrer. Elaboramos as intervenções, levando em consideração a literatura, os conhecimentos da área e a nossa experiência profissional.

A **implementação** da assistência de enfermagem é feita através da execução das ações de enfermagem de apoio-educação voltadas para o atendimento do planejamento da assistência, o que implicou, neste estudo, o cumprimento, pelo idoso hipertenso, de um programa de tratamento visando ao seu autocuidado, atendendo, dessa forma, ao que planejamos.

A última etapa, a **avaliação**, compreende o acompanhamento e análise da evolução da situação de saúde do idoso hipertenso, em termos de alcance ou não das metas e objetivos esperados. Essa etapa é básica para a análise do sucesso/insucesso do processo assistencial, e deve ser realizada envolvendo o cliente, verificando-se, assim, se a partir do planejamento e implementação da assistência, o mesmo atingiu ou não o autocuidado estabelecido. Merece ser ressaltado que essa fase, neste estudo, ocorreu durante toda a realização das etapas do processo de enfermagem e nos encontros subsequentes, quando analisávamos, juntamente com o idoso hipertenso, as mudanças ocorridas e a necessidade de ajustes no planejamento da assistência.

OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO ASSISTENCIAL

Nos primeiros encontros com os clientes, realizamos as entrevistas, a partir das quais identificamos os déficits de autocuidado, aqui denominados de **diagnósticos de enfermagem**. O próximo passo foi a realização de um **plano** para o atendimento das necessidades de autocuidado dos clientes, onde traçamos as **metas**, com o intuito de permitir que o cliente se tornasse um agente eficiente de autocuidado, e estabelecemos os **objetivos**. Depois escolhemos o **sistema de enfermagem** e os **métodos de ajuda**. Após o planejamento da assistência, iniciamos a implementação das intervenções de enfermagem estabelecidas, tendo como base os diagnósticos de enfermagem identificados. O último passo foi a **avaliação**, que

é um processo constante, onde se pode avaliar se as metas e os objetivos foram alcançadas ou não.

Desenvolvemos esse processo, aqui descrito em etapas, de uma forma dinâmica, pois havia momentos em que começávamos implementando a assistência de enfermagem, mesmo antes de coletarmos formalmente qualquer dado. Esse fato comprova que o processo de enfermagem não segue uma seqüência rígida, ou seja, as suas fases podem ocorrer simultaneamente e serem retomadas e atualizadas continuamente. Organizamos e analisamos os resultados desta pesquisa descritivamente em casos de estudo, numerados de acordo com a ordem cronológica de entrada do sujeito na pesquisa.

AValiação DO PROCESSO ASSISTENCIAL

A Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Orem é considerada uma teoria geral constituída por três constructos teóricos: Teoria do autocuidado, Teoria do Déficit do Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem. A idéia central desses três constructos é que a pessoa, através do cuidado de si própria, promova a manutenção e o funcionamento de sua vida, saúde e bem-estar. Cada uma dessas teorias apresenta conceitos fundamentais, que utilizaremos para avaliar a aplicação do processo de enfermagem ao idoso hipertenso.

Na Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado, o ser humano é visto e descrito como um agente do autocuidado. OREM (1995) acredita que os idosos têm o potencial para aprender e se desenvolver, mas enfatiza que alguns fatores afetam o seu aprendizado, como a idade, a capacidade mental, a cultura, a sociedade e o estado emocional. Entretanto, se o idoso, ou qualquer outro indivíduo, não pode aprender as medidas de autocuidado, outros devem aprender e proporcionar-lhes essas medidas. Neste estudo o ser humano está representado por cinco idosos hipertensos em busca de autocuidado.

O ambiente/sociedade é entendido como local que influencia o indivíduo em sua interação com as relações culturais, históricas e sociais. Segundo OREM (1995), a sociedade e seus membros, em particular, são os responsáveis idealmente pela saúde do indivíduo, e não apenas um segmento dessa sociedade. O meio ambiente apresenta condições que podem afetar positiva ou negativamente a

vida, a saúde e o bem-estar do indivíduo, família e comunidade. Neste estudo, o ambiente/sociedade está representado pelo contexto sócio, histórico e cultural onde os clientes estavam inseridos.

A saúde é entendida como o estado de bem-estar da pessoa, que pode mudar de um alto nível de bem-estar para uma doença terminal. Na definição de saúde, OREM (1995) considera que a mesma está baseada em cuidados preventivos, incluindo sua promoção e manutenção, tratamento de doença ou ferimento e a prevenção de complicações. Analisando o conceito de saúde no contexto do idoso hipertenso, neste estudo, a entendemos como manutenção da saúde, tratamento da hipertensão e prevenção de complicações, levando sempre em consideração a capacidade e a demanda de autocuidado.

No que se refere à Enfermagem, Orem apresenta uma sucessão de fatores relacionados com o conceito de Enfermagem, incluindo arte e tecnologia. Enfatiza que a arte está na criatividade para se instruir e realizar uma relação enfermeira-cliente, objetivando-se produzir ações de autocuidado, enquanto, a tecnologia refere-se ao conjunto de informações sistematizadas sobre o processo ou método para se obter resultados, através de um empenho prático, com ou sem uso de materiais ou instrumentos. Neste estudo, a Enfermagem está representada pela arte e pela tecnologia, objetivando identificar déficits de autocuidado (diagnósticos de enfermagem), planejar ações de autocuidado que levem o idoso hipertenso a tomar iniciativa e assumir responsabilidades, bem como a se empenhar efetivamente no desenvolvimento de condições que visem à melhoria de sua qualidade de vida, saúde e bem-estar.

Como podemos observar, os quatro conceitos centrais da Enfermagem, que foram utilizados por Orem para construir o seu referencial teórico, estão em consonância com o objeto de estudo desta pesquisa – o idoso hipertenso.

Analisando os conceitos da cada uma das suas três teorias, observamos que a Teoria de Autocuidado baseia-se nas necessidades de autocuidado e na capacidade do cliente para efetuar, de modo satisfatório, as atividades de autocuidado. Estas atividades são representadas pelos requisitos de autocuidado universal, de desenvolvimento e por desvio da saúde. A avaliação dessas atividades de autocuidado permitiu-nos uma visão geral do estado de saúde do cliente e, principalmente, da sua demanda e capacidade de autocuidado. Em outras palavras, poderíamos

dizer que foi possível executar a fase de levantamento de dados do processo de enfermagem de autocuidado. Com esses dados, passamos a utilizar os conceitos da Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem, para nortear a etapa diagnóstica do estudo.

A Teoria do Déficit de Autocuidado, segundo OREM (1995), constitui a essência da Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado, uma vez que explicita quando há necessidade da assistência de enfermagem, ou seja, quando, a partir dos dados levantados, se identificam déficits de autocuidado. Como já citamos anteriormente, Orem considera uma operação diagnóstica a relação existente entre o agente de autocuidado do cliente e suas demandas terapêuticas para se identificar os déficits de autocuidado. Neste estudo, denominamos os déficits de autocuidado de diagnóstico de enfermagem.

Identificamos, nos cinco clientes do estudo, 11 diferentes categorias diagnósticas, perfazendo um total de 19 diagnósticos de enfermagem, com uma média de 3.8 por cliente, dentre os quais, dois foram comuns a três clientes, quatro a dois clientes e os demais foram identificados isoladamente em clientes diferentes. Observamos que este quadro diagnóstico configura um padrão específico de assistência de enfermagem aos clientes hipertensos deste estudo.

Três clientes apresentaram o diagnóstico de enfermagem **Medo de cair**. Segundo CARPENITO (1997), as quedas ocorrem, com maior frequência, nos idosos, sendo uma das causas comuns de redução da qualidade de vida e de aumento da morbidade e mortalidade de idosos. De acordo com MOURA *et al.* (1999), as quedas geralmente levam ao medo de cair, e 25% dos “caidores” limitam suas atividades por causa desse medo, que também pode levar à depressão, a sentimento de desamparo e ao isolamento social, entre outras conseqüências. Para estes mesmos autores, os fatores relacionados com as quedas do idoso são múltiplos e complexos, geralmente ocorrendo durante suas atividades usuais, como caminhar ou mudar de posição e as causas mais comuns são fraqueza muscular e baixa acuidade visual que pode decorrer da presença de catarata, doença renal ou incorreta prescrição de óculos. As quedas, por motivos não esclarecidos são mais comuns em mulheres e sua incidência aumenta com a idade. Neste estudo, só identificamos este diagnóstico em mulheres.

Várias patologias, somadas às alterações relacionadas com o envelhecimento, podem predispor às quedas,

no idoso, destacando-se a hipertensão arterial, e representando, assim, problema de saúde pública (MOURA *et al.*, 1999). Apesar de terem sido feitas intervenções em relação a esse diagnóstico, percebemos que as clientes continuaram com o medo de cair, o que não significa que elas não alcançaram o autocuidado. Mas, resta, então, alertar para que os profissionais que atendem aos idosos sempre estejam atentos para identificar potenciais caidores e, assim, prevenir futuras quedas e suas conseqüências, orientando-os e estimulando-os a se autocuidarem, a fim de que se tornem auto-suficientes, de acordo com suas limitações e capacidades.

Outro diagnóstico comum entre três dos clientes pesquisados foi o **Controle ineficaz do regime terapêutico**, no qual os objetivos foram parcialmente alcançados. Segundo CARPENITO (1997), o controle bem sucedido do regime terapêutico exige que a pessoa faça uma ou mais mudanças em seu estilo de vida. Essas mudanças ou atividades tratam os problemas, previnem os problemas e/ou monitoram os problemas. Para a pessoa idosa, a capacidade de controlar o próprio regime terapêutico influencia profundamente a auto-estima e a independência, tornando-a principal agente de autocuidado, por isso, o estímulo e a auto-ajuda devem fazer parte de seu dia-a-dia. Para SMELTZER & BARE (1998), os problemas de não aderência a um esquema terapêutico são substanciais e precisam ser remediados no sentido de oferecer à pessoa uma participação no autocuidado.

Outro diagnóstico que identificamos em dois clientes foi a **Nutrição alterada: mais do que as necessidades corporais**. Evidências mostram que o estado nutricional de um indivíduo é um importante fator de risco para as doenças que comumente ocorrem no envelhecimento, entre as quais, a hipertensão arterial (POTTER & PERRY, 1999; SMELTZER & BARE, 1998). Nos clientes que apresentaram esse diagnóstico, os objetivos não foram alcançados na plenitude esperada, mas, os orientamos que, para o sucesso num programa de perda de peso, deve-se focar a modificação de comportamento e as mudanças no estilo de vida. Entretanto, devemos respeitar as dificuldades enfrentadas por quem tenta perder peso e lembrar que, em qualquer situação, a alimentação deve ser uma experiência agradável e não uma tarefa árdua, principalmente, para o idoso.

Distúrbio no padrão do sono foi outro diagnóstico que identificamos em dois clientes. Apesar de não con-

seguirem resolver este diagnóstico, ambos os clientes demonstraram interesse e habilidades para realizar o autocuidado. Segundo CARPENITO (1997), os distúrbios no padrão do sono são as queixas mais frequentes entre os idosos. Este fato se deve, segundo a referida autora, à maior dificuldade que têm os adultos para adormecer, despertando mais facilmente e passando mais tempo no estágio de sonolência e menos no estágio de sonhos. Para BERGER & POIRIER (1995), o envelhecimento desencadeia diversas alterações biofisiológicas que afetam o ciclo do sono, cabendo à enfermeira estar apta a intervir preventiva e terapêuticamente, de acordo com a necessidade de cada um. As intervenções que realizamos nesses clientes foram estratégias usadas para o auxílio ao dormir, uma vez que é importante que o idoso durma o quanto for necessário, para sentir-se revigorado, respeitando, assim, as características de cada cliente.

Padrão respiratório ineficaz foi outro diagnóstico identificado, por nós, em dois clientes, porém, em um deles, o objetivo traçado para esse diagnóstico não foi alcançado e, no outro, o estado respiratório foi melhorado consideravelmente. BERGER & POIRIER (1995) afirmam que a necessidade de respirar é razoavelmente afetada, em sua dimensão biofisiológica, pelo envelhecimento, pois as modificações fisiológicas do aparelho respiratório diminuem a capacidade pulmonar dos idosos, tornando-os mais vulneráveis a alterações da função respiratória. CARPENITO (1997) recomenda que a enfermeira deve investigar, nos pacientes com o diagnóstico de padrão respiratório ineficaz, os padrões funcionais de saúde que foram, ou talvez venham a ser afetados, pela diminuição da oxigenação, através do sono, do estado emocional e da nutrição. Investigando os dois clientes que apresentaram esse diagnóstico, evidenciamos que um deles também apresentou os diagnósticos de nutrição alterada e de distúrbio do padrão do sono. No outro cliente não observamos nenhuma correlação deste diagnóstico com os demais que foram identificados. Utilizamos, como intervenções para esse diagnóstico, a investigação de fatores causais, como medo, dor e exercício ou atividade, além das atividades de promoção da saúde, que podem ajudar o idoso a manter uma função respiratória adequada, recomendadas por SMELTZER & BARE (1998), que incluem o exercício regular, a ingestão de uma dieta adequada, que contribuem para o abandono do tabagismo e evitam as infecções respiratórias.

A **Constipação** foi outro diagnóstico que identificamos em dois clientes, sendo alcançados os objetivos propostos em ambos os casos. Para MILLER (1995), os adultos idosos apresentam redução da secreção mucosa do intestino grosso e menor elasticidade da parede retal, no entanto, nenhuma pesquisa comprova que as pessoas idosas tenham maior risco de constipação devido às modificações relacionadas com a idade. Segundo esta mesma autora, alguns idosos são propensos à constipação devido a fatores, como a atividade diminuída, a deficiência de volume de líquidos e de fibras na dieta, os efeitos colaterais dos medicamentos, o abuso de laxantes e a desatenção aos indícios de defecação. A assistência de enfermagem deve ser feita no sentido de orientar o idoso para tornar-se um vigilante de sua própria dieta, permitindo, assim, o desenvolvimento da auto-estima e da confiança, estimulando-o ao autocuidado.

Identificamos, também, outros diagnósticos numa menor frequência: **Padrões de sexualidade alterados, Excesso de volume de líquido, Processos familiares alterados, Diarréia e Déficit do volume de líquido**, para os quais realizamos um plano de assistência, contendo as metas, os objetivos, o sistema de enfermagem e os métodos de ajuda.

O sistema de enfermagem é baseado nas necessidades de autocuidado e na capacidade do cliente para desempenhar essas atividades. Este conceito é o principal do terceiro constructo da Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Orem – a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Neste estudo, o sistema utilizado foi o de apoio-educação. Para OREM (1995), neste sistema o cliente é capaz de desempenhar, ou pode e deve aprender a desempenhar as medidas exigidas pelo autocuidado terapêutico, externa ou internamente orientado, mas não pode fazer isso sem assistência.

Depois de escolhido o sistema de enfermagem, é necessário escolher os métodos de ajuda. A enfermeira, ao agir como facilitador do sistema, identifica os déficits de autocuidado (diagnósticos de enfermagem) dos clientes e busca selecionar os métodos de ajuda a serem usados para cuidar de pessoas em várias situações de enfermagem. Para a aplicação desses métodos, é necessária a habilidade da enfermeira, para que possa oferecer cuidados de enfermagem ao cliente, no sentido de compensar seu déficit de autocuidado decorrente dos desvios de saúde. Os métodos de ajuda que utilizamos neste estudo estão de acordo com os que Orem preconiza em sua teoria. Eles permitiram

implementar as intervenções de enfermagem, visando ao alcance do autocuidado dos clientes.

Fazendo uma correlação dos conceitos da Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Orem com os idosos hipertensos deste estudo identificamos a necessidade de uma educação para o controle e aderência ao tratamento, para a prevenção de quedas, para o controle da nutrição, das eliminações, do padrão do sono, do volume de líquido e para a sexualidade. Contudo, não devemos deixar de considerar o conhecimento, as crenças, valores e o ambiente sociocultural dos idosos que aqui, neste estudo, representam uma diversidade ou uma individualidade já esperada. Devemos lembrar também, de acordo com QUINTERO (1994), que a maioria dos indivíduos da terceira idade, não só têm a capacidade física e cognitiva para aprender técnicas de autocuidado, como também para transmiti-las aos outros. Para esta autora, a concepção equivocada de alguns profissionais de saúde e dos próprios idosos sobre suas potencialidades de autocuidar-se é produzida por estereótipos relacionados com a velhice – etapa da vida considerada sinônimo de incapacidade para aprender, de rigidez, de enfermidade e de perda do interesse pela vida, entre outros.

A partir desta análise da aplicação do processo de enfermagem, podemos afirmar que o mesmo foi imprescindível para os clientes participantes, viabilizando e promovendo resultados satisfatórios das ações que foram desenvolvidas. Na sua operacionalização, o cliente idoso hipertenso teve um papel fundamental no planejamento de seus cuidados, cabendo-nos, enquanto enfermeiras, estimulá-lo a participar ativamente da terapêutica da hipertensão arterial através do autocuidado. Os resultados obtidos com estes clientes levam-nos a reafirmar o pressuposto geral deste estudo de que é possível assistir ao idoso hipertenso de forma sistematizada, tendo como base o autocuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O entendimento de que a enfermeira deve atender aos clientes de uma forma sistematizada, individualizada, com base em um modelo conceitual, temos desde o início de nossa formação profissional. Mas, aplicar o processo de enfermagem nesta perspectiva tem sido, para nós, um grande desafio, por várias razões: o não conseguia entendimento de como ocorria esse entrelaçamento de método e modelo, pois o nosso enten-

dimento do processo de enfermagem se restringia ao cumprimento de uma atividade didática das disciplinas, visando à avaliação final da mesma; também, não nos sentíamos preparadas para entender os modelos conceituais de enfermagem, nem com condições para fazer uma reflexão crítica ou mesmo uma análise da aplicabilidade desses modelos, com o fim de verificar a sua eficácia na prática assistencial.

Na realização deste estudo, continuamos enfrentando desafios. Um deles foi escolher o modelo conceitual que utilizaríamos para desenvolver o processo de enfermagem. Começamos na disciplina Metodologia da Assistência de Enfermagem, com um ensaio de um estudo de caso, utilizando a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Orem, tendo sido necessárias muitas leituras sobre a referida teoria, sobre sua análise e exemplos de sua utilização, na prática de enfermagem, que permitiriam um maior aprofundamento para o entendimento de sua aplicabilidade clínica. Os resultados deste estudo nos estimularam a usar esse modelo conceitual nesta pesquisa.

Outro desafio foi escolher o tipo de metodologia que melhor se aplicasse ao que estavámo-nos propondo. Começamos o desenvolvimento do trabalho com uma única certeza, a de que gostaríamos de fazer uma pesquisa qualitativa, mas não tínhamos o desenho do estudo definido, fato que só veio ocorrer, quando tomamos conhecimento da pesquisa convergente assistencial. Esta pesquisa facilitou mais ainda a nossa interação com os clientes, visto que, durante a entrevista, nós não nos preocupávamos só em preencher um questionário, mas, sim, em ouvi-los os clientes e deixá-los à vontade, proporcionando-nos, desta forma, um maior envolvimento. Este envolvimento, de certa forma, possibilitou passar credibilidade para os clientes idosos, que puderam falar de seus problemas e, então, juntos, procuramos “resolver” algumas de suas dificuldades, levando em conta sempre a capacidade e a habilidade que o próprio cliente tinha para o autocuidado.

Se nos tínhamos desafios a enfrentar com a realização deste estudo, hoje, além do reconhecimento das limitações, também temos muitos questionamentos. Fazemos sempre a nós mesmas, as seguintes perguntas: Conseguimos levar os clientes ao autocuidado? O fato de não termos alcançado satisfatoriamente todos os objetivos do planejamento assistencial significa que utilizamos o processo de enfermagem de forma correta? Os clientes tiveram resultados positivos com este trabalho?

É viável continuar utilizando o modelo do processo de enfermagem de autocuidado no PROAI? As respostas para esses questionamentos são positivas, neste estudo, pois, mesmo não tendo alcançado o autocuidado na plenitude esperada, desenvolvemos um trabalho, onde nos foi possível a utilização dos conceitos do referencial teórico e a verificação de sua operacionalização prática, testemunhada pelos depoimentos dos clientes, quando afirmavam que tinham melhorado ou resolvido seus problemas e que se estavam cuidando ou considerando-se aptos ao autocuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle. **Pessoas Idosas: uma abordagem global**. Lisboa: Lusodidacta, 1995. 594 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Ética em Pesquisa — CONEP. **Resolução n. 196/96** sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996. 24p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças cardiovasculares. **Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: CDC/NUTES, 1993. 232p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. **Política de assistência à saúde do idoso: linhas de ação a serem desenvolvidas pelo Serviço de Atenção à Saúde do Idoso**. Brasília, DF, 1995. 12p.
- CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à prática clínica**. 6.ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1997. 812p.
- CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 185-200, 1997.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico PB: resultado do universo relativo às características da população e dos domicílios**. Rio de Janeiro, 1999. v.4.
- MILLER, C. A. **Nursing care of older adults**. 2. ed. Glenview, Il: Scot Foresman, 1995. 165p.
- MOURA, R. N.; et al. Quedas em Idosos: Fatores de risco associados. **Gerontologia**, São Paulo v. 7, n. 2, p. 15-21, 1999.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e Classificação 1999-2000**. Porto Alegre: Arte Médicas Sul, 2000.
- OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 5 ed. Missouri: Mosby-Year Book, 1995. 478p.
- POTTER, P. A; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processos e prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997, v.2, cap 44: Oxigenação p.1094-1140.
- QUINTERO, O. M. El autocuidado. In: PERES, E. A. et al. **La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa**. Washington: OPS, 1994. (Publicação científica, 546p.)
- SMEITZER, S. C., BARE, B. G. **Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. v. 1 e 2.
- TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: Uma modalidade convergente assistencial**. Florianópolis: Ed. UFSC, 1999. 158p.
- VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde dos idosos no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. 224p.

RECEBIDO: 29/3/2001

ACEITO: 30/8/2001