

**Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Enfermagem
Mestrado em Enfermagem**

Camila Medeiros dos Santos

**AUTOCUIDADO E PROCESSO EDUCATIVO DE IDOSOS COM
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS QUE DEMANDAM
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO**

**Juiz de Fora
2014**

Camila Medeiros dos Santos

**AUTOCUIDADO E PROCESSO EDUCATIVO DE IDOSOS COM
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS QUE DEMANDAM
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* - Mestrado em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Edna Aparecida Barbosa de Castro

**Juiz de Fora
2014**

Camila Medeiros dos Santos

**AUTOCUIDADO E PROCESSO EDUCATIVO DE IDOSOS COM
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS QUE DEMANDAM
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO**

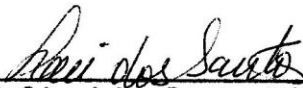
Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* Mestrado em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Em 15 de Julho de 2014.

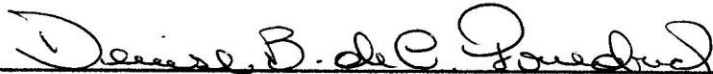
BANCA EXAMINADORA



Profª Dr.ª Edna Aparecida Barbosa de Castro (Presidente).
Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF



Profª Dr.ª Iraci dos Santos (1ª Examinadora)
Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ



Profª Dr.ª Denise Barbosa de Castro Friedrich (2ª Examinadora)
Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar os caminhos nas horas incertas e me suprir em todas as minhas necessidades.

Aos meus queridos pais, Sandra e Anselmo, pelo apoio, dedicação, pela educação que me proporcionaram e por sempre me apoiarem durante minha trajetória de formação.

À minha irmã Gabriele, que me incentivou a fazer o mestrado, confiando na minha capacidade e me estimulando a alcançar mais essa realização profissional.

Ao meu amor, Ramon Gabriel, pelo estímulo nos momentos em que o cansaço parecia me abater e, principalmente, pelo companheirismo, apoio e carinho de sempre.

Ao professor doutor Marcelo Henrique Otenio, agradeço pelo apoio e estímulo na minha entrada no mestrado.

À professora doutora Edna Aparecida Barbosa de Castro, minha orientadora e exemplo de profissional, agradeço por ter acreditado em mim desde o primeiro momento. Agradeço pela confiança, pela paciência, pelo carinho e dedicação durante esta jornada. Obrigada por ter me escolhido como orientanda! Serei eternamente grata por tudo que fez por mim.

Às professoras doutoras Iraci dos Santos e Célia Caldas, que aceitaram participar da composição de minha banca examinadora, apesar da distância e de seus muitos compromissos na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Às professoras doutoras Denise Barbosa de Castro Friedrich e Vânia Maria Freitas Bara pela disponibilidade em compor minha banca, pelo apoio constante e pela atenção dedicada a essa pesquisa.

À Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) por ter me dado a oportunidade de cursar o mestrado, contribuindo para meu crescimento profissional.

À coordenadora do Mestrado em Enfermagem da UFJF, doutora Anna Maria de Oliveira Salimena, pela dedicação, preocupação em todos os momentos e pelo excelente trabalho desenvolvido.

A todos os professores que fizeram parte deste mestrado pelos ensinamentos que serão levados por toda a minha vida profissional.

À secretaria do Mestrado em Enfermagem da UFJF, em especial à secretária Elisângela Trovato, que sempre se mostrou dedicada e me atendeu prontamente em todos os momentos.

À direção do Hospital Universitário de Juiz de Fora, coordenação da Unidade Ambulatorial, Chefia do Serviço e profissionais do Ambulatório de Geriatria e Gerontologia, por possibilitarem a coleta de dados e a minha atuação nos atendimentos individuais, oficinas e grupos educativos. A minha participação junto a essa equipe foi de extrema importância para concretizar esse estudo.

A todos os membros do Grupo de Estudos e Pesquisa em Autocuidado e processo Educativo em Saúde e Enfermagem, que direta ou indiretamente me acompanharam durante essa jornada, em especial à doutoranda Irene, aos mestres Sibely e Alcimar; aos colegas de mestrado Priscila, Monalisa, Denicy e Wagner; às residentes de Enfermagem em Saúde do Adulto, Sylvia, Fernanda e Franciane; às ex-alunas de graduação, hoje enfermeiras, Patrícia Cipriani e Ana Paula. Agradeço pelos momentos de aprendizagem e por poder compartilhar as orientações e o desenvolvimento de tantos trabalhos juntos.

Enfim, agradeço aos idosos que fizeram parte desta investigação, pelos ensinamentos, pelo carinho e por terem aceitado participar desta pesquisa, me recebido em suas residências e compartilhado de suas vivências, dificuldades, angústias, superações e alegrias. Vocês foram fundamentais para o desenvolvimento desse trabalho. Obrigada!

“A vida pode ser extensa, mas é preciso que seja larga”
(Mário Sérgio Cortella).

AUTOCUIDADO E PROCESSO EDUCATIVO DE IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS QUE DEMANDAM CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO

RESUMO

O objeto da investigação foi o autocuidado de idosos que convivem com doenças crônicas não transmissíveis e que demandam cuidados de enfermagem no domicílio, com enfoque para o processo educativo em saúde e enfermagem no âmbito da temática da educação e promoção da saúde desenvolvida pelo enfermeiro em contexto assistencial multiprofissional de atenção à pessoa idosa. Objetivou-se compreender como as ações educativas e de autocuidado terapêutico contribuem para a autonomia dos idosos com doenças crônicas não transmissíveis, buscando identificar o conhecimento que possuem acerca da doença, seus tratamentos e cuidados de promoção da saúde e prevenção de complicações; identificar as necessidades de educação em saúde para o autocuidado do ponto de vista dos idosos que convivem com doenças crônicas não transmissíveis; compreender como o idoso aplica os conhecimentos de promoção da saúde e prevenção das complicações das doenças crônicas resultantes de práticas educativas; e discutir sobre a contribuição da enfermagem em contexto assistencial multidisciplinar na manutenção e promoção do autocuidado na área da atenção à saúde do idoso. Adotou-se aporte metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados. Desenvolveu-se em duas etapas, no período de novembro de 2012 a dezembro de 2013, envolvendo dois cenários distintos: ambulatório de Geriatria e Gerontologia de um hospital público de ensino de Minas Gerais, no qual os participantes foram selecionados, e o ambiente domiciliar, após a seleção e contato prévio com os mesmos. Incluiu-se doze idosos residentes no município sede da pesquisa. Utilizou-se a visita domiciliar com observação participante, registro de notas em diário de campo, entrevista semiestruturada e, para a edição textual dos dados empíricos, o programa OpenLogos®, permitindo-se a codificação e interpretação. Emergiram trinta e cinco códigos que compuseram quatro categorias: “O autocuidado do idoso com doença crônica não transmissível em contexto domiciliar”, “Tornando-se conhecedor de si mesmo”, “Necessidades de educação terapêutica do idoso com doença crônica não transmissível” e “Apoio e suporte ao idoso com doença crônica não transmissível”. As categorias apontaram que à medida que o idoso desenvolve uma doença crônica, surge a necessidade de que aprenda a se autocuidar no âmbito terapêutico, em casa. Diante da vivência deste idoso na prática do seu autocuidado terapêutico, tornou-se evidente o conhecimento desse indivíduo no que permeia aspectos relativos à promoção da saúde e prevenção de agravos. Situações positivas e negativas vivenciadas apontaram para necessidades de educação terapêutica e busca por apoio e capacitação pelos idosos. Nessa dinâmica de movimento, tem-se que as orientações ao idoso quanto ao seu processo saúde e doença contribuem para a realização das ações de autocuidado desenvolvidas no domicílio. A atuação do enfermeiro através das práticas educativas, do planejamento de cuidados individualizados, com vistas ao apoio e educação, contribui para que o idoso se torne reflexivo e ativo no seu autocuidado terapêutico.

Palavras chave: Autocuidado; Educação em saúde; Enfermagem; Idoso; Cuidados de enfermagem.

SELF-CARE AND EDUCATIVE PROCESS OF ELDERLY WITH CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES WHO DEMAND NURSING CARE AT HOME

ABSTRACT

The object of research was the self-care of elderly who lives with chronic non-communicable diseases and require nursing care at home, focusing on the educative process in nursing and health under the theme of education and health promotion developed by nurses in the context of multidisciplinary health care to elderly people. This study aimed to comprehend how the educative and therapeutic self-care actions may contribute to the autonomy of elderly people with chronic non-communicable diseases, aiming to identify their knowledge about the disease, its treatments, care for health promotion and complications prevention; identify the needs of health education for self-care from the perspective of elderly people who lives with chronic non-communicable diseases; understand how the elderly applies knowledge of health promotion and complications prevention of chronic diseases resulting from educative practices; and discuss about the contribution of nursing care in a multidisciplinary context in maintenance and self-care promotion in the area of elderly health care. It was adopted the methodological approach of Grounded Theory, which was developed in two stages, from November 2012 to December 2013, involving two different scenarios: outpatient from Geriatrics and Gerontology of a public teaching hospital in Minas Gerais, in which participants were selected, the home environment after selection and prior contact with them. Twelve elderly residents in the county seat of research were included. It was used the home visit with participant observation, recording notes in a field journal, semistructured interview and the OpenLogos ® program for textual editing of empirical data, which allows the encoding and interpretation. Thirty five codes emerged which comprised four categories: "Self-care of elderly patients with chronic non-communicable disease in the family context", "Becoming knowledgeable of yourself", "Therapeutic Education needs of elderly patients with chronic non-communicable disease" and "Support and assistance to the elderly with chronic non-communicable disease". The categories indicated that as the elderly develops a chronic illness, the need arises to learn to take care of themselves in the therapeutic context, at home. Given the experience to the elderly in the practice of their therapeutic self-care, it became evident the knowledge of this individual in which permeates aspects related to health promotion and prevention of disease injuries. Positive and negative situations experienced pointed to the need of therapeutic education and search for support and training for the elderly. In this dynamic movement, the guidelines for the elderly about their health and disease process have contributed for the achievements of self-care actions developed at home. The work of nurses through educative practices, the planning of individualized care, with a view to the support and education, helps elderly to become reflective and active in their therapeutic self-care.

Key words: Self care; Health education; Nursing; Aged; Nursing care.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Codificação aberta: geração de 35 códigos relacionados à questão em investigação. Juiz de Fora – MG, 2014.

QUADRO 2 - Codificação axial: formando conceitos sobre o contexto de vida e o processo de educação terapêutica para o autocuidado de idosos com DCNT. Juiz de Fora – MG, 2014.

QUADRO 3 – O autocuidado de idosos com DCNT no ambiente domiciliar com ênfase para o processo de educação terapêutica. Juiz de Fora – MG, 2014.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição dos participantes da pesquisa por características individuais e tipo de DCNT. Juiz de Fora – MG, 2014.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diária
CAS	Centro de Atenção à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HU/UFJF	Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS.....	21
3 REFERENCIAL TEMÁTICO.....	22
3.1 O envelhecimento populacional e o surgimento das DCNT.....	23
3.2 O processo de educação terapêutica com ênfase no autocuidado do idoso com DCNT.....	27
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	32
4.1 A compreensão da essência do autocuidado de Dorothea Orem.....	32
4.2 O processo de aprendizagem do idoso na perspectiva da teoria dialética do desenvolvimento de Klaus Riegel.....	34
4.3 O autocuidado de Dorothea Orem e a dialética do desenvolvimento de Klaus Riegel: um diálogo possível.....	39
5 METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO.....	42
5.1 Tipo de estudo e abordagem teórico-metodológica.....	42
5.1.1 Teoria Fundamentada nos Dados	43
5.2 Cenários da pesquisa	46
5.3 Participantes da pesquisa: características individuais e clínicas.....	48
5.4 Trabalho de campo	61
5.4.1 Primeira Etapa	61
5.4.2 Segunda Etapa	61
5.5 Análise dos dados	63
5.6 Cuidados éticos	63
6. O CONTEXTO DE VIDA E O PROCESSO DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA DOS IDOSOS COM DCNT.....	65
6.1 Codificação aberta	65
6.2 Codificação axial	71
6.3 Codificação seletiva	75
6.4 O autocuidado do idoso com DCNT no contexto domiciliar (central).....	78
6.4.1 Aspectos positivos vivenciados no autocuidado terapêutico.....	79
6.4.2 Aspectos negativos vivenciados no autocuidado terapêutico.....	85
6.4.3 Estratégias de ação realizadas no domicílio para o autocuidado terapêutico..	93

6.5 Tornando-se conhecedor de si mesmo.....	97
6.5.1 Conhecimento acerca do processo saúde-doença: uma ferramenta para o autocuidado terapêutico.....	98
6.5.2 Lacunas no conhecimento acerca do processo saúde-doença.....	106
6.6 Necessidades de educação terapêutica do idoso com DCNT.....	110
6.6.1 Tensão do idoso para o autocuidado terapêutico.....	111
6.6.2 Demandas específicas de educação terapêutica.....	116
6.7 Apoio e suporte ao idoso com DCNT.....	121
6.7.1 Sistema de saúde frente ao idoso com DCNT.....	122
6.7.2 Possibilidades de apoio e suporte.....	127
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
REFERÊNCIAS	138
APÊNDICES	144
ANEXOS.....	149

APRESENTAÇÃO

Este estudo tomou por objeto o autocuidado de idosos que convivem com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e que demandam cuidados especializados de enfermagem no domicílio. O enfoque foi para o processo educativo em saúde no âmbito da temática da educação e promoção da saúde desenvolvida pelo enfermeiro em contexto assistencial multiprofissional de atenção ao idoso.

A motivação inicial para desenvolver esta pesquisa surgiu da vivência da pesquisadora na realização de ações educativas junto a idosos por meio de consulta de enfermagem e grupos educativos em uma unidade ambulatorial de nível secundário de Geriatria e Gerontologia de um Hospital Universitário de médio porte no interior de Minas Gerais. Observou-se, assistematicamente, durante a prática profissional, que parte dos idosos atendidos nesse ambulatório apresentava DCNT que lhes proporcionavam algum grau de dependência para a realização do autocuidado, demonstrando a importância da atuação do enfermeiro ressaltando-se as orientações específicas da enfermagem para o autocuidado desses indivíduos ou familiar cuidador em seus domicílios.

Durante as consultas de enfermagem e os grupos educativos desenvolvidos com os idosos se levantam informações relevantes sobre as condições de saúde e sobre a prática do autocuidado no domicílio. Notavam-se, ao longo dessas práticas, dificuldades vivenciadas diariamente pelos idosos no desempenho das atividades básicas, instrumentais e terapêuticas.

O interesse intensificou-se mediante a revisão preliminar da literatura quando se identificou que as alterações relacionadas com a idade, a convivência com fatores de risco e a ocorrência das doenças crônicas expõem o idoso a um grau de dependência relacionado diretamente com a perda da autonomia e dificuldade de realizar seu autocuidado, interferindo, desta forma, na sua qualidade de vida (LOURENÇO, 2011).

Assim, ao se levar em conta que as doenças crônicas influenciam não somente aspectos físicos, mas também o âmbito social e pessoal torna-se essencial a intervenção de enfermagem junto aos idosos (TAVARES, 2012). Uma questão inicial que decorre desse contexto é: que conhecimentos são relevantes ao enfermeiro para desenvolver práticas educativas junto a pessoas idosas que

convivem com doenças crônicas? O que se deve considerar ao tomar como referência o processo de ensino aprendizagem de idosos?

Diante destas vivências e questionamentos prévios chegou-se à questão de pesquisa, que ora apresenta, na forma de dissertação de mestrado, com uma compreensão acerca de como se dá o autocuidado de idosos que possuem DCNT. O enfoque adotado permeou a aprendizagem pelos idosos sobre cuidados, fatores de riscos e necessidades de mudança de comportamento tendo em vista o processo educativo em saúde desenvolvido pelo enfermeiro no contexto multiprofissional de atenção à saúde do idoso.

1 INTRODUÇÃO

O crescente aumento da população idosa em todo mundo, comprovado por numerosos estudos demográficos e epidemiológicos, tem proporcionado desafios, próprios do envelhecimento populacional, para os órgãos governamentais e para a sociedade (PAPALÉO NETO, 2007).

Observa-se a partir da pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, a consolidação da tendência do aumento do número de pessoas idosas no cenário sociodemográfico brasileiro. Segundo resultados da análise, os idosos somam 23,5 milhões dos brasileiros, mais que o dobro do registrado em 1990, quando a faixa etária contabilizava 10,7 milhões de pessoas (IBGE, 2011).

Permeando o contexto da transição epidemiológica, tem-se que, apesar das DCNT não estarem necessariamente relacionadas ao processo de envelhecimento, elas são, frequentemente, encontradas entre os idosos. Assim, observa-se atualmente um número crescente de pessoas que ultrapassam os 59 anos de idade, porém, apesar de viverem mais, convivem com doenças crônicas, que necessitam de controle eficaz para que mantenham a qualidade de vida (COSTA, 2012).

Com o processo de envelhecimento populacional e aumento da incidência das doenças crônicas, de déficit cognitivo e de prejuízo da capacidade funcional, a dependência de cuidados no domicílio torna-se um importante problema de saúde pública.

Na abordagem multidisciplinar de assistência ao idoso é essencial que o enfermeiro desenvolva estratégias de educação em saúde visando proporcionar maior independência e autonomia, fatores determinantes de boa saúde e qualidade de vida para esta população.

Parte-se do pressuposto que as ações de apoio e educação em saúde junto aos idosos, segundo a perspectiva teórica do autocuidado de Dorothea Orem, requerem estudos específicos para uma compreensão acerca de como se dá a aprendizagem nessa faixa etária e quais as estratégias de ensino aprendizagem o enfermeiro deve lançar mão ao propor ações educativas de promoção da saúde ou mesmo de ensino do autocuidado terapêutico.

Considerando que o enfermeiro é o responsável por desenvolver ações de gerenciamento, assistenciais e de educação em saúde em todas as fases do

desenvolvimento humano, o que é reafirmado pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no que tange a Atenção ao Idoso, acredita-se que esse profissional deve participar de atividades que visem a atender as necessidades de saúde desse grupo populacional defendendo os princípios contidos nas políticas públicas de saúde.

Por ser um profissional que tem o cuidado enquanto objeto de seu processo de trabalho, o enfermeiro busca estabelecer uma relação singular com cada usuário, família e comunidade ao longo de sua prática profissional, essencial aos processos educativos em saúde. Lembra-se que em seu campo de competências inclui-se a educação em saúde, com vistas à construção compartilhada de conhecimentos seja para o autocuidado seja para a promoção da saúde ou prevenção de doenças e/ou seus agravos.

Tomando por base o estudo de Costa (2012), reforça-se o interesse em estudar o autocuidado e processo educativo na área da saúde do idoso, uma vez que este estudo identificou que o grau de dependência de idosos para pessoas (cuidadores familiares) e para equipamentos é maior em idosos com doenças crônicas, levando-os a hospitalizações frequentes. Assistemáticamente, observa-se que as internações decorrem de situações que se encontram no âmbito do autocuidado, requerendo aprendizagem, apoio e acompanhamento domiciliar, como por exemplo, para o uso das medicações, autoaplicação de insulina, alimentação, imunizações, dentre outras.

Ao dissertar sobre o autocuidado na prática da enfermagem com idosos que convivem com um agravo crônico, entende-se que, para eliminar a possibilidade de transformar o sujeito em objeto do cuidado, é fundamental que o enfermeiro identifique a capacidade e as demandas de autocuidado terapêutico desse grupo humano sob seus cuidados. Para tanto é importante que se desenvolvam estudos que subsidiem essa etapa do processo de cuidar (COSTA, 2012).

No caso de idosos que convivem com um agravo crônico é essencial que se avalie suas habilidades em executar ações que atendam tanto as necessidades de cuidados como outras para manter a vida, promover a saúde e bem-estar, tornando-o autônomo e sujeito ativo do seu cuidado em seu contexto familiar, comunitário ou sociocultural (COSTA, 2012).

Martins et al (2007) destacam que a enfermagem para atuar em uma equipe gerontológica interdisciplinar deve realizar seu trabalho de forma dinâmica, sob

constante reavaliação das suas ações. Além disso, concluem que o profissional enfermeiro deve ser capaz de conhecer a realidade social do idoso e de sua família, identificar problemas de saúde e situações de riscos desse indivíduo, prestar assistência integral utilizando uma metodologia assistencial para desenvolver os processos educativos em saúde e estimular a discussão em grupos.

Nesta perspectiva, afirmam ainda que as atividades que permitem ao idoso refletir acerca de seu processo saúde-doença favorecem a expressão desses participantes, permitindo a valorização de suas experiências de vida e o diálogo com o saber técnico-científico na busca comum de um envelhecimento com mais autonomia e dignidade (MARTINS et al, 2007).

Assim, conforme Assis et al (2012), para se alcançar um melhor nível de saúde não basta apenas estimular e/ou induzir os indivíduos a adotarem condutas saudáveis, sem considerar o contexto social, político, econômico e cultural no qual estão inseridos. O meio gera ou favorece o adoecimento, assim como facilita ou dificulta a prevenção, o controle e/ou cura das doenças.

Nessa perspectiva, com a mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, é importante a realização da educação terapêutica, que deve ser vista como uma dimensão do processo de cuidar pelo enfermeiro, sobretudo pela convivência direta com a população, incluindo a orientação quanto aos comportamentos de risco de forma a promover a saúde e prevenir as doenças crônicas. Depois de diagnosticadas, o enfermeiro deve aproveitar todas as oportunidades para conhecer as necessidades individuais de cada idoso referente à sua patologia, ensinar e esclarecer dúvidas através de consultas de enfermagem e atenção em grupo, de forma a aumentar a autonomia dessa população por intermédio do incentivo à prática do autocuidado.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), ao tomar a educação terapêutica como foco de discussão definiu essa expressão como a “capacitação de pacientes e familiares no que se refere às habilidades para os cuidados relacionados ao tratamento e à prevenção de complicações das doenças” (OMS, 1998). Diante disso, observa-se um estreito vínculo da educação terapêutica com o sistema de cuidados de enfermagem proposto por Dorothea Orem, em um dos componentes de sua Teoria Geral de Enfermagem, ao defender que o profissional enfermeiro deve atuar de modo a promover o indivíduo a um agente ativo do seu autocuidado, por meio de apoio e educação.

Diante do exposto, a presente investigação visa a avançar no conhecimento existente no que se refere ao processo educativo realizado com idosos dando-se ênfase para o autocuidado desses indivíduos. Deseja-se contribuir com a literatura ao compreender como os idosos que possuem DCNT aprendem e aplicam em seus domicílios as orientações de educação terapêutica desenvolvidas pelo enfermeiro, integrante de uma equipe multidisciplinar em nível secundário ambulatorial.

No campo de conhecimentos da enfermagem, a educação terapêutica se configura em uma área temática, aliada ao cuidado numa visão ampliada, em um dos seus eixos de domínio. Na prática da atenção à saúde, expressa um viés orientador das intervenções e, no âmbito do processo de trabalho do enfermeiro, mostra-se como essencial quando se considera o cenário de atuação.

No campo da atenção à saúde do idoso, que demandam que as ações educativas sejam individuais ou em grupos, o enfermeiro tem se focado a esclarecer dúvidas e a transmitir informações e conhecimentos sobre cuidados preventivos aos idosos, incluindo os com diagnóstico de doenças crônicas, com o objetivo de proporcionar maior autonomia para esses indivíduos. Todavia, a efetividade dessas ações nem sempre são avaliadas, tornando-se necessário ao enfermeiro compreender uma linguagem e metodologia para a abordagem educativa junto a eles, do contrário avança-se pouco no que tange a resolutividade da enfermagem em sua contribuição na proposta de um modelo assistencial que considera o princípio da integralidade do cuidado (COSTA, 2012).

Uma questão que decorre deste ponto é: como as ações educativas e de autocuidado contribuem para a autonomia dos idosos que precisam se adaptar a uma nova realidade ou estilo de vida, secundariamente à dependência cotidiana de cuidados específicos, visando prevenir as limitações geradas pela doença?

Tendo-se como ponto de partida esta questão inicial, chega-se a outros questionamentos que se pretende compreender, tomando como referência o olhar dos idosos que as vivenciam: o que estes sabem acerca da doença que possui? Quais ações do seu autocuidado o idoso realiza? Quais ele não realiza? Por quê? Como o idoso aplica em sua vida cotidiana os conhecimentos que recebe nas práticas educativas institucionalizadas?

A enfermagem, enquanto ciência do cuidado deve buscar a integralidade da assistência, não limitando seu atendimento apenas no levantamento das principais necessidades de cada indivíduo, mas utilizar de estratégias que levem o idoso a

refletir acerca de seu processo de saúde-doença e de seu plano terapêutico. Neste sentido, é fundamental que o enfermeiro estabeleça relação de confiança com o idoso/família, considerando o contexto socioeconômico e cultural em que vive, a fim de que as orientações relacionadas à educação terapêutica sejam compatíveis com sua realidade de vida.

Ao se levar em conta os diversos agravos à saúde aos quais os idosos estão vulneráveis e que a preservação da independência e da autonomia dessa população é fundamental no processo de envelhecimento e na manutenção do autocuidado, destaca-se a relevância científica desta proposta.

A investigação justifica-se a partir do relato direto dos participantes sobre suas necessidades e dificuldades diárias para o autocuidado terapêutico; o incentivo à execução de grupo educativo específico e com temática direcionada às questões levantadas pelos idosos; planejamento de políticas de capacitação para profissionais enfermeiros; adequação dos profissionais de equipe multiprofissional na promoção da saúde, prevenção de agravos e diminuição do grau de dependência dos idosos; e construção de bases para o planejamento da assistência da enfermagem, favorecendo a qualidade do atendimento à saúde dos idosos, no contexto de atendimento multiprofissional ambulatorial dessa população.

2 OBJETIVOS

GERAL:

Compreender como as ações educativas e de autocuidado terapêutico contribuem para a autonomia dos idosos que precisam se adaptar a uma nova realidade ou estilo de vida, secundariamente à dependência cotidiana de cuidados específicos, tendo que modificar seus hábitos de vida, visando prevenir as limitações geradas pela doença crônica.

ESPECÍFICOS:

Identificar o conhecimento que o idoso possui acerca da doença, seus tratamentos e cuidados de promoção da saúde e prevenção de complicações;

Identificar as necessidades de educação terapêutica para o autocuidado do ponto de vista dos idosos que convivem com doenças crônicas não transmissíveis;

Compreender como o idoso aplica em sua vida cotidiana os conhecimentos de promoção da saúde e prevenção das complicações das doenças crônicas resultantes de práticas educativas;

Discutir sobre a contribuição da enfermagem em contexto assistencial interdisciplinar na manutenção e promoção do autocuidado na área da atenção à saúde do idoso.

3 REFERENCIAL TEMÁTICO

Um dos maiores desafios da enfermagem, enquanto uma ciência aplicada é compreender como intervir em processos de cuidados que se encontram fora do ambiente de cuidados institucionalizados de internação. Especialmente, quando tais cuidados se localizam na esfera que envolve o atender as necessidades de educação e ensino para o autocuidado do indivíduo, principalmente quando este se trata de um idoso com alguma DCNT.

Com o aumento da expectativa de vida ao nascer e a melhoria nas condições de vida (saneamento, educação, moradia, saúde), além da queda nas taxas de natalidade (transição demográfica), muitas mudanças nas necessidades de saúde têm se dado, ampliando, conseqüentemente, os problemas sociais e os desafios no desenvolvimento de políticas públicas de saúde adequadas (MENDES, 2001).

Essas mudanças da sociedade apontam para uma necessária reformulação do modelo de atenção à saúde, de modo que seja possível, além de garantir o direito à saúde, lidar de forma mais adequada (eficiente e eficaz) com as necessidades de saúde resultantes desse cenário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Segundo a Portaria nº 2.528/2006, do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a finalidade primordial desta é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

A OMS demonstra grande interesse que os sistemas de saúde desenvolvam políticas que incentivem e apoiem o envelhecimento ativo. É nesta perspectiva que se estruturou a política de “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde” a qual se destaca ao apresentar enfoque voltado ao idoso de modo a reconhecê-lo como participante ativo e condutor de sua vida nas questões familiares e de sua comunidade (GOUVEA, 2012). Baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização (WHO, 2005).

Nesse contexto, para garantir um envelhecimento de qualidade para essa população, de forma tal que os preceitos destacados nas políticas de saúde vigentes sejam atendidos, destaca-se, no campo de atuação do enfermeiro, a atenção

individual e em grupo. Considera-se, neste estudo, que o contato individual ou em grupo com os idosos pode contribuir de modo significativo na promoção, proteção e controle dos agravos oriundos de DCNT na população deste estudo.

À medida que a população envelhece e há aumento da carga de DCNT, aumenta também o número de pessoas que necessitam de orientações e apoio no que se refere à realização do autocuidado (BRASIL, 2012).

Neste sentido, Carpenito (2013) ressalta que o enfermeiro, durante a assistência de enfermagem, deve investigar as técnicas adaptativas que permitam uma maior participação e independência possível por parte do cliente nas suas atividades de autocuidado. Afirma ainda que, o autocuidado não implica permitir que a pessoa realize “coisas, por si mesma” conforme planejadas pelo enfermeiro, mas encorajar e ensinar a pessoa a fazer seus próprios planos para a vida diária ideal. Ainda segundo a autora, o autocuidado enfatiza o direito de cada pessoa manter o controle individual sobre o seu próprio padrão de vida e, através do aumento da capacidade para realizá-lo, os sentimentos presentes nos clientes como os de dependência, baixo conceito, negação, raiva e frustração são amenizados.

Mediante o exposto, entende-se que sejam relevantes para o aprofundamento, pelo presente estudo, os conceitos de envelhecimento populacional e o surgimento das DCNT; e o processo de educação terapêutica com ênfase no autocuidado do idoso com DCNT.

3.1 O envelhecimento populacional e o surgimento das DCNT

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema sendo, neste caso, denominado senescência. No entanto, em condições de sobrecarga como doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência, caracterizada como senilidade (BRASIL, 2007).

Pode-se considerar ainda o envelhecimento como a fase de um todo *continuum* que é a vida, que tem início com a concepção e término com a morte (PAPALÉO, 2007).

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea. Este fenômeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos,

porém, mais recentemente é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada (MOREIRA, 2009).

No Brasil, as pirâmides etárias revelavam, até poucas décadas, um perfil característico de regiões pouco desenvolvidas, correspondendo à base larga e topo estreito. Atualmente, apresentam configuração modificada em relação às décadas anteriores, com peso cada vez maior das faixas etárias do topo da pirâmide, tendo como consequência o envelhecimento da população. A diminuição do formato acentuadamente piramidal, tendendo a uma forma retangular, é mais uma indicação do processo de envelhecimento decorrente de uma transição demográfica (WONG; CARVALHO, 2006).

Transição demográfica é o termo que designa o conjunto de modificações do tamanho e estrutura etária da população que, frequentemente, acompanham a evolução socioeconômica de diversos países (CHAIMOWICZ, 2013).

Os principais determinantes dessa acelerada transição demográfica no Brasil são a redução expressiva na taxa de fecundidade, associada à forte redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida. Estima-se que, em 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (MORAES, 2012; RIGOTTI, 2012).

A expectativa de vida ao nascer no Brasil, 73 anos, é maior do que a observada na população mundial, 68 anos. No Brasil a expectativa de vida em 1990 era de 67 anos, passando para 70 anos em 2000 e chegando a 73 anos em 2009. A expectativa de vida das mulheres no Brasil sempre foi maior do que a dos homens. Em 2009, a expectativa de vida das mulheres foi de 77 anos, enquanto a dos homens foi de 70 anos (WORLD, 2013).

De acordo com a definição da OMS, nos países desenvolvidos, o termo idoso refere-se aos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, enquanto que nos países em desenvolvimento são consideradas idosas as pessoas com 60 anos ou mais (OMS, 2009). No Brasil, foi instituído pela Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, o Estatuto do Idoso, o qual define, também, o idoso como a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003).

O IBGE (2011) apontou uma rápida mudança na representatividade dos grupos etários durante os últimos anos: o alargamento do topo da pirâmide etária pode ser observado pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em

2010. Em 1991, o grupo de 0 a 15 anos representava 34,7% da população. Em 2010 esse número caiu para 24,1%. Acrescenta-se ainda a taxa de crescimento populacional, a qual declinou de 3,4% ao ano, entre 1960 e 1970, para 1,9% ao ano, entre 1980 e 1991. Em 2010, os dados parciais do Censo situaram essa taxa em 1,17% (IBGE, 2011).

Envelhecer faz parte do processo natural da vida e, ao longo do tempo, impõe alterações diversas ao indivíduo e produz efeitos estruturais e comportamentais que repercutem no contexto biopsicossocial e na qualidade de vida da pessoa (FREITAS, 2006).

As alterações no funcionamento do corpo oriundas do envelhecimento não são aleatórias e não se desenvolvem repentinamente ou sem aviso. Ao contrário, elas são parte de um contínuo que se inicia no momento em que a vida começa (WORLD, 2013).

Os anos de pico da função fisiológica duram desde o final da adolescência até por volta dos 30 anos – a chamada “flor da idade”. As alterações fisiológicas ainda estão ocorrendo durante esse período, porém são sutis e, portanto, não são facilmente reconhecidas (WORLD, 2013).

Conforme o indivíduo passa para a quinta e sexta décadas de vida, essas alterações se tornam mais aparentes. Na sétima e oitava décadas ou mais, elas são significativas e não podem ser mais negadas (WORLD, 2013).

É importante destacar que apesar das alterações relacionadas ao envelhecimento serem previsíveis, o tempo exato em que elas ocorrem não é. Assim, há uma ampla variação de pessoa para pessoa com relação ao tempo e ao grau em que essas alterações ocorrem (WORLD, 2013).

Embora com o avançar da idade ocorram alterações funcionais inevitáveis, não se pode confundir tais modificações com aquelas provocadas por afecções que são mais prevalentes nessa faixa etária. Não se pode desconhecer o fato de que os efeitos da primeira podem atuar sobre a última, produzindo graus de interação variáveis, de praticamente nulos até muito acentuados, a ponto de induzir ações severas (PAPALÉO NETO, 2007).

Há com o envelhecimento, diminuição progressiva da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático que, em condições basais, não é o suficiente para produzir um distúrbio funcional. Quando, porém, esse declínio é suficientemente grande, acontece uma redução importante da reserva funcional

deixando o idoso próximo da eclosão de sintomas. Essa interação de modificações fisiológicas, próprias do envelhecimento, com aquelas decorrentes de processos patológicos é responsável pela apresentação clínica de várias enfermidades, o que é frequentemente mais grave em indivíduos idosos do que em adultos jovens (PAPALÉO NETO, 2007).

No cenário epidemiológico e demográfico brasileiro atual, os indivíduos, desde a idade adulta e de modo progressivo, desenvolvem DCNT ao longo da vida. Ao atingirem a condição de idosos, observa-se que tanto o surgimento das doenças quanto as complicações secundárias a elas, potencializam-se pela perda contínua da função de órgãos e sistemas biológicos. Essa perda de função pode levar o indivíduo a limitações funcionais e, por sua vez, gerar incapacidade, conduzindo à dependência de pessoas ou de equipamentos específicos para a realização de tarefas essenciais do cotidiano (FORONI; SANTOS, 2012; GOUVEIA, 2012; CINTRA et al, 2012).

Doença crônica é definida como qualquer condição prolongada, que dure mais que três meses, geralmente progressivas e não curáveis. As doenças crônicas em sua maioria podem ser controladas por terapêutica medicamentosa e mudança de hábitos, ocorrendo com maior frequência em idosos. As doenças crônicas mais comuns em idosos são as respiratórias, condições coronárias avançadas, debilidade renal, doenças cardiovasculares, artrite, distúrbios emocionais ou psicológicos como ansiedade ou depressão e endócrinas como a diabetes (BRUNNER & SUDDARTH, 2009).

As DCNT podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas e, segundo Brasil (2007), a dependência para o desempenho das atividades de vida diária (AVD) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os com 90 ou mais anos.

Uma análise epidemiológica, realizada em uma investigação da carga das doenças em Minas Gerais, revelou que é composta de: 15% por doenças infecciosas, 10% por causas externas, 9% por condições maternas ou perinatais e 66% por doenças crônicas. Essa situação epidemiológica é definida como de tripla carga das doenças porque, de um lado, persistem as doenças infecciosas e, de outro, o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada e obesidade e o crescimento das causas

externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito (MINAS GERAIS, 2008).

Considerando o exposto, é importante que se tenha claro que o envelhecimento da população brasileira traz consequências para o planejamento de ações nas áreas econômica e social com repercussões sobre as políticas sociais.

Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionados de vida. Dessa forma, surgem desafios para o Estado e para a Saúde Pública, como fortalecer as medidas destinadas à proteção dos idosos como cidadãos e as práticas de prevenção e promoção da saúde desta população (MOREIRA, 2009).

Nesta concepção, é possível que se considere que o país está se caracterizando por um novo perfil de distribuição etária. Faz-se necessário, então, uma adaptação dos vários setores da sociedade, a formação de recursos humanos para serviços geriátricos e gerontológicos, investimentos em educação em saúde, privilegiando políticas de prevenção e visando melhores condições de vida e bem estar desses indivíduos (MOREIRA, 2009).

Assim, acredita-se que o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, ao prestar assistência à clientela da qual cuida, deve contribuir para o seu bem-estar a partir da educação e orientação em saúde. Educar e orientar significa minimizar e evitar complicações que decorrem das moléstias instaladas. A promoção da saúde e a prevenção de agravos se apresentam como as melhores soluções.

3.2 O processo de educação terapêutica com ênfase no autocuidado do idoso com DCNT

O processo de envelhecimento é caracterizado por declínios cognitivos e funcionais que influenciam diretamente na qualidade de vida do idoso. Assim, um dos principais desafios desta população é manter-se independente para realizar suas atividades e permanecerem socialmente ativos (WORLD, 2013).

Nesta pesquisa toma-se como referência a concepção de padrão de saúde cognitivo-perceptivo de Wold (2013).

Essa autora assume que o indivíduo apresenta um padrão cognitivo-perceptivo que está relacionado à maneira como os indivíduos recebem informações do ambiente e como interpretam e utilizam essas informações. A cognição abrange inteligência, memória, linguagem e tomada de decisões. A cognição e a percepção

estão intimamente relacionadas com o funcionamento do sistema nervoso central e com os sentidos especiais de visão, audição, tato, olfato e paladar (WORLD, 2013).

O ambiente excita ou estimula os sentidos. Os sentidos passam estes estímulos para o córtex cerebral, local em que ocorrem o reconhecimento (percepção) e a interpretação (cognição). Regiões específicas do córtex cerebral são responsáveis por detectar e processar os estímulos adquiridos pelos sentidos. Sendo assim, o mau funcionamento dos órgãos dos sentidos ou dos centros de interpretação no cérebro resulta em alteração da percepção e da cognição (WORLD, 2013).

O desenvolvimento cognitivo se inicia ao nascimento e, talvez, até mesmo antes. Quando o cérebro humano é repetidamente exposto a um estímulo, conexões se desenvolvem entre as fibras nervosas do córtex cerebral. Cada vez que estímulos são apresentados ao cérebro, eles se associam (inconscientemente) com o conjunto de fatos, memórias, experiências que estão armazenados. Quando estas conexões estão firmemente estabelecidas, diz-se que a informação foi aprendida. Uma vez tendo sido aprendida, as informações ou habilidades podem ser recuperadas, se necessário. A memória permite que os indivíduos retenham e possam chamar sensações, ideias, conceitos e impressões previamente aprendidas. A mente humana é capaz de recuperar as informações conforme necessidade, correlacionar fragmentos de informações, realizar julgamentos, resolver problemas e criar ideias (WORLD, 2013).

A inteligência pode ser classificada em dois tipos: fluida e cristalizada. A inteligência fluida é a capacidade de realizar tarefas ou fazer julgamentos baseada em estímulo não familiar. Ela é citada como a capacidade de “pensar por conta própria”. Já a inteligência cristalizada (frequentemente chamada de sabedoria) é a capacidade de realizar tarefas e fazer julgamentos com base no conhecimento e na experiência adquiridos durante a vida (WORLD, 2013).

A inteligência frequentemente é medida por meio de testes. Embora os testes de inteligência sejam utilizados, eles possuem limitações diferentes. A maioria dos testes escritos medem as capacidades verbais e matemáticas. Assim, um indivíduo com pouca educação formal pode ter uma pontuação baixa nos testes padronizados mesmo que possua um alto nível cognitivo. Cognição não é o mesmo que educação. Cognição é a capacidade de pensar e raciocinar. Sendo assim, muitas pessoas têm bom nível cognitivo, entretanto apresentam pouco nível de instrução (WORLD, 2013).

A linguagem é um produto da função cognitiva. Seja na forma escrita ou falada, a linguagem permite que o ser humano comunique ideias e pensamentos. Áreas muito específicas do cérebro são dedicadas à linguagem, e elas se alteram significativamente à medida que as habilidades da linguagem melhoram (WORLD, 2013).

Os idosos frequentemente apresentam alterações sensoriais que interferem na sua relação com o meio. As alterações na visão, audição, olfato, paladar e tato prejudicam a capacidade de captar informações precisas do ambiente. Nesta percepção, muitos idosos considerados confusos na verdade sofrem distúrbios sensoriais (WORLD, 2013). Depreende-se que um idoso com déficit de audição ou visão pode apresentar comprometimento no seu autocuidado terapêutico por não conseguir coletar as informações sensoriais suficientes a fim de tomar uma decisão apropriada em vistas ao seu autocuidado.

É importante que se considere que a inteligência e a capacidade de aprender não diminuem automaticamente com a idade. Algumas pessoas parecem ficar menos inteligentes com a idade devido à tendência de tornarem-se mais lentos e cuidadosos com as respostas. Os idosos frequentemente demandam mais tempo para terem certeza da resposta antes de responderem. Essa hesitação ou incerteza pode ser confundida com a falta de inteligência, o que não é (WORLD, 2013).

A velocidade com que as informações são processadas e lembradas muda com a idade. É comum que o idoso demore mais para se lembrar de uma informação específica. A memória de curto prazo tem maior probabilidade de ser afetada do que a memória de longo prazo, ou seja, o idoso pode não se lembrar do que lhe foi orientado em relação às suas medicações na consulta do dia anterior, mas pode ser capaz de descrever, detalhadamente, um evento que ocorreu há 50 anos (WORLD, 2013).

Saúde e educação são temas intimamente relacionados e interdependentes. Não é possível pensar em promover saúde sem educação, da mesma forma que o contrário também não é viável (ASSIS, 2002). Por essa razão, torna-se essencial que as práticas sociais nesse campo busquem sempre maior aproximação e interação.

A educação em saúde é definida como um componente essencial dos cuidados de Enfermagem. É direcionada para a promoção, manutenção e restauração da saúde, bem como no sentido da adaptação aos efeitos residuais da doença

(NETTINA, 2007). Constitui-se tanto como um espaço importante de construção e veiculação de conhecimentos e práticas relacionados aos modos como cada cultura concebe o viver de forma saudável, quanto como uma instância de produção de sujeitos e de identidades sociais (MACHADO et al, 2013).

Nettina (2007) aponta que os profissionais de enfermagem têm papel imprescindível na promoção da saúde. Sendo assim, entende que a educação em saúde não se restringe apenas à promoção, manutenção e restauração da saúde, mas inclui também a busca de alternativas para adaptar os efeitos da doença à vida do indivíduo.

Neste contexto, regulamentando o exercício profissional de enfermagem, temos a Lei nº 7498/1986 e suas resoluções, que apresentam soluções para questões pertinentes a enfermagem. O Art. 11, inciso I, define que cabe privativamente ao enfermeiro o processo de “planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem”. O inciso II deste mesmo Artigo, dispõe que o enfermeiro deve exercer todas as atividades de enfermagem cabendo-lhe, como integrante da equipe de saúde a participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde; educação visando à melhoria de saúde da população; e participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde (KLETEMBERG et al, 2010; COFEN, 2014).

O processo de educação para o autocuidado consiste em ensinar e aconselhar atividades onde a informação é compartilhada, de forma que os indivíduos sejam guiados na aplicação do que aprenderam nas atividades de vida diária (NETTINA, 2007).

Neste aspecto, compreende-se que existem múltiplos fatores que contribuem para a resposta individual do autocuidado, os quais comportam um elevado grau de complexidade. Ao se educar para o autocuidado terapêutico é importante que se tenha a consciência que o cliente traz consigo, para o momento de aprendizagem, a sua personalidade, a sua forma de interagir socialmente, os seus valores e normas culturais e as influências ambientais. Ao se considerar estes fatores, estilos de aprendizagem individuais deverão ser desenvolvidos, de forma a efetuar ações efetivas.

Facilitar o processo de aprendizagem individual constitui um aspecto fundamental, uma vez que o ritmo de aprendizagem depende da motivação pessoal, da assertividade, da perseverança, da habilidade, do estilo de aprendizagem, e dos

níveis mental, espiritual e intelectual. Podem-se destacar outros fatores que afetam a aprendizagem do indivíduo, como a idade, o *status* de saúde e o nível de escolaridade (SILVA, 2007).

O idoso, relativamente ao seu autocuidado, focaliza a sua atenção na conquista (ou manutenção) da sua independência, no vigor e na satisfação de vida. A educação para o autocuidado terapêutico voltado para essa população deve contemplar as alterações que poderão ocorrer devido ao processo de envelhecimento, dando-se destaque ao nível físico, sensorial, mobilidade, sexual e psicológico (SILVA, 2007).

Levando-se em conta as questões apontadas, torna-se indispensável aos enfermeiros uma reflexão acerca de como sua assistência poderá responder às necessidades desse público em destaque e quais estratégias devem empregar para que esses indivíduos saibam manter ou recuperar a saúde.

Tendo como alicerce o contexto assistencial do SUS, depois de diagnosticadas as DCNT, o enfermeiro que atua junto a idosos, deve agir de forma a orientar sobre os cuidados terapêuticos, tanto aos clientes quanto aos seus cuidadores, em ações para além dos limites institucionais, visando minimizar o grau de dependência que tende a aumentar a morbimortalidade da população.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 A compreensão da essência do autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea E. Orem iniciou seus estudos na Escola de Enfermagem do Providence Hospital, em Washington. Concluiu seu curso ainda nos anos 30, obtendo o grau de Bacharel em Ciências, em educação para a enfermagem, em 1939. O grau de Mestre em Enfermagem foi obtido em 1945, na *Catholic University of America*. Durante sua carreira profissional como enfermeira, trabalhou como educadora, administradora e consultora em enfermagem (FOSTER; BENNETT, 2000).

O termo autocuidado foi utilizado pela primeira vez na enfermagem através de Orem, em 1959, quando definiu o conceito de enfermagem como a provisão de autocuidado, que vem a ser a assistência de enfermagem necessária quando a pessoa é incapaz de se cuidar. Segundo Orem, o autocuidado é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar (OREM, 1995).

Orem enfatizou em seu constructo teórico a importância do engajamento do cliente para o autocuidado, a fim de possibilitar que indivíduos, família e comunidade tomem iniciativas e assumam responsabilidades no desenvolvimento efetivo de seu próprio cuidado em direção à melhoria da qualidade de vida, saúde e bem-estar (GEORGE, 2000; RAIMONDO, 2012).

Em 1985, Orem avançou em seus estudos e desenvolveu a Teoria Geral do Déficit de Autocuidado, composta por três teorias interrelacionadas: a teoria do autocuidado; a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (OREM, 1995).

Ao analisarmos cada uma das teorias interrelacionadas, apreende-se, pela análise da teoria do autocuidado desenvolvida por Foster e Bennett (2000) assim como por outros autores, a existência de uma relação entre o autocuidado e os fatores que afetam a sua provisão, como a cultura, o ambiente, a idade, o gênero, o estado de saúde e a situação financeira.

Além da própria Orem, estudiosos de sua teoria reforçam que a teoria do déficit de autocuidado é base da teoria geral de enfermagem. A enfermagem é solicitada quando os indivíduos têm a necessidade de incorporar medidas de autocuidado recentemente prescritas e complexas ao seu sistema de autocuidado, cuja

realização exige conhecimento e habilidade especializados, adquiridos através de treino e experiência, ou quando o indivíduo necessita de ajuda para se recuperar da doença ou da lesão, ou para enfrentar os seus efeitos (OREM, 1995; FOSTER; BENNETT, 2000; DÍAZ; GAMBOA, 2006; RAIMONDO, 2012). Considerando-se a questão em estudo, entende-se que em cenários de atenção à saúde de pessoas idosas o enfermeiro deve desenvolver a capacidade para predizer um déficit devido à diminuição das habilidades de autocuidado e/ou ao aumento quantitativo ou qualitativo da demanda de cuidados.

Assim, a teoria dos sistemas de enfermagem está fundamentada nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do cliente em desempenhá-las, sendo classificada em três tipos de sistemas: sistema totalmente compensatório, quando o indivíduo não é capaz de desenvolver ações de autocuidado, necessitando totalmente da enfermagem; sistema parcialmente compensatório, o qual tanto o indivíduo quanto a enfermagem desenvolvem ações de autocuidado; e sistema de apoio-educação, em que a pessoa é capaz de desenvolver o autocuidado, necessitando de ações de orientação do enfermeiro para que possa aprender a desempenhá-lo (OREM, 1995).

Torna-se essencial aprofundar a compreensão acerca de como os constructos teóricos desenvolvidos por Orem podem subsidiar o estudo que permeia o autocuidado terapêutico de idosos portadores de DCNT no domicílio. Orem alicerça a atuação do enfermeiro junto à população mediante cinco métodos específicos: agir ou fazer para o outro; guiar o outro; apoiar o outro (física ou psicologicamente); proporcionar um ambiente adequado; e ensinar e apoiar o outro. Assim, considerando que as DCNT podem acarretar agravos importantes aos idosos, a enfermagem deve habilitar-se para garantir a realização adequada do autocuidado, ressaltando-se o autocuidado terapêutico desses indivíduos em seus domicílios, seja com a utilização de formas físicas de auxílio (procedimentos técnicos científicos), seja na capacitação dessa população através das ações de apoio e educação terapêutica.

Tem-se como ponto de partida o fato de que, com o envelhecimento, a população idosa apresenta alterações funcionais e cognitivas que podem ocasionar diferentes graus de dependência. Diante disso, de acordo com o grau de autonomia que o idoso se encontra, tem-se como prioritário, do ponto de vista das intervenções de enfermagem, que este realize ações em favor do autocuidado a fim de promover

e prevenir agravos à saúde, em prol da melhoria e manutenção de sua qualidade de vida. Neste sentido, torna-se essencial que o profissional enfermeiro planeje estratégias de educação terapêutica em vistas ao autocuidado, respeitando o grau de capacidade funcional da população que está aos seus cuidados, visando ao aumento da consciência crítica e autonomia para o cuidado de si.

É válido destacar que, segundo Orem (1995) no sistema de apoio-educação, o papel do enfermeiro é o de promover o cliente como um agente de autocuidado, fomentando a tomada de decisão, o controle do comportamento e a aquisição de conhecimento e habilidades. Entretanto, para a realização da presente investigação, acredita-se que os idosos classificados, de acordo com a teoria dos sistemas de enfermagem de Dorothea Orem, como parcialmente e totalmente compensatórios também necessitam de orientações para a realização do seu autocuidado, complementando dessa forma o grupo de participantes desta pesquisa.

Os argumentos nessa abordagem teórica reforçam a importância de que o indivíduo mantenha-se ativo, sujeito no processo de decisão tanto na identificação das necessidades como na natureza das ações a serem desenvolvidas no cuidado à saúde. Depreende-se, portanto, que o enfermeiro deve enfatizar a participação do indivíduo e dos familiares no contínuo do processo de cuidar, assumindo-se o compromisso de compartilhar conhecimentos, de dividir o espaço de cuidados, eliminando-se as possibilidades de transformar o sujeito em objeto do cuidado e as ações restritas à mera prescrição de mudança de hábitos ou estilo de vida mediante a transmissão passiva de conhecimentos (CASTRO, 2012).

4.2 O processo de aprendizagem do idoso na perspectiva da teoria dialética do desenvolvimento de Klaus Riegel

A aprendizagem ganha dimensão no contexto desta pesquisa e passa a ser entendida como um processo contínuo que ocorre no decorrer da vida das pessoas, no contínuo do desenvolvimento humano. As crianças aprendem a andar e a falar; depois a ler e a escrever, aprendizagens básicas para atingirem a cidadania e a participação ativa na sociedade. Já os adultos aprendem habilidades ligadas a algum tipo de trabalho que lhes forneça a satisfação das suas necessidades básicas. As pessoas idosas, embora a sociedade seja reticente quanto às suas capacidades de aprendizagem, podem continuar aprendendo coisas complexas

como um novo idioma ou ainda cursar uma faculdade e virem a exercer uma nova profissão (MOTA; PEREIRA, 2013).

Tomando por base o estudo de Mota e Pereira, tem-se que o desenvolvimento geral do indivíduo é resultado de suas potencialidades genéticas e, sobretudo, das habilidades aprendidas durante as várias fases da vida. Nesta perspectiva, a aprendizagem está diretamente relacionada com o desenvolvimento cognitivo (MOTA; PEREIRA, 2013).

Ao se refletir acerca do processo de desenvolvimento humano, observa-se a necessidade de enfatizar as teorias psicossociais do envelhecimento, as quais não explicam por que ocorrem as alterações físicas do envelhecimento; tentam explicar por que os idosos apresentam diferentes respostas a esse processo (WORLD, 2013).

Eliopoulos (2013) destaca que as teorias psicológicas do envelhecimento investigam os processos mentais, o comportamento e os sentimentos das pessoas durante seu ciclo de vida, além de alguns mecanismos usados por elas para o enfrentamento dos desafios que encontram na velhice. As teorias sociológicas tratam do impacto da sociedade nos adultos/idosos e vice-versa.

Em vistas a compreender como a educação terapêutica contribui do ponto de vista dos idosos com DCNT para o autocuidado, considera-se necessário apoiar-se, de modo associado ao constructo de Orem, em uma abordagem teórica que dá bases ao processo educativo pelo enfermeiro nessa etapa do desenvolvimento humano.

Com o olhar da área da enfermagem, analisa-se que na Psicologia, o envelhecimento é visto como parte do processo de desenvolvimento humano e com isso, algumas teorias psicológicas do envelhecimento visam características amplas, como personalidade, enquanto outras exploram facetas particulares da percepção ou memória. Segundo Caldas (2007), as teorias psicológicas do envelhecimento podem ser sistematizadas em três paradigmas: Paradigma da Mudança Ordenada; Paradigma Contextualista e Paradigma do Desenvolvimento ao Longo de Toda a Vida (*Life-Span Development*), de orientação dialética.

Dada a especificidade da questão em estudo, cujo foco recai sobre a educação junto a pessoas com avançado estágio no ciclo de desenvolvimento humano, os idosos, optou-se pela teoria dialética de Klaus Riegel.

Klaus Riegel nasceu em 1925, em Berlim, local onde passou toda sua juventude. Após a I Guerra Mundial, trabalhou na área de manutenção mecânica e,

posteriormente, iniciou os estudos de matemática e física. Dois anos depois, Riegel mudou-se para a América, a fim de estudar na Universidade de Minnesota (1955). Depois de voltar para a Alemanha, desenvolveu uma tese sobre as faculdades intelectuais dos idosos e, pouco tempo após a sua conclusão, voltou para os Estados Unidos visando a continuar os estudos nessa área, em conjunto com sua esposa. Entre as pesquisas desenvolvidas por Klaus Riegel, destaca-se uma investigação longitudinal para avaliar o efeito do envelhecimento sobre a inteligência. As publicações de Riegel iniciaram de maneira regular, principalmente em Revistas Gerontológicas e, posteriormente, em psicolinguística. No ano de 1965 percebe-se uma mudança no conteúdo de seus artigos. Em 1965, publicou um artigo sobre o efeito das diferenças sociais sobre o uso da linguagem e, em 1966, concedeu as primeiras contribuições teóricas para o *Jornal de Desenvolvimento Humano*. Este foi o início de uma série de artigos teóricos que levaram a uma tentativa de formular uma teoria dialética – psicológica. Em 1972, escreveu sobre as relações entre a ciência, em particular a psicologia do desenvolvimento, e a sociedade. Este foi o nascimento da variante americana da psicologia dialética. Riegel faleceu em 1976, no auge de sua carreira. Dois livros foram publicados postumamente: *Psicologia, Mon Amour: a contextualização* - 1978; e *Fundamentos da Psicologia Dialética* – 1979 (VEER; GOOSSENS; IJZENDOORN, 1984).

Ao delinear a sua teoria, Riegel apoiou-se nos princípios da dialética do filósofo alemão Georg Wilhelm Friedrich Hegel (posteriormente modificada por Marx e seus seguidores) que mostrava que a uma proposição – tese - haveria sempre uma proposição contraditória – antítese, e essas duas proposições evoluiriam a uma terceira e nova proposição mediadora, a síntese (KREBS, 1999).

Nesta pesquisa tomou-se como referência a concepção da doutora em Ciências Humanas e Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Silvia Maria de Aguiar Isaia, a qual, a partir de inúmeras leituras, publicou sob a ótica de Riegel em “Fundamentos psicológicos da educação: uma leitura vygotskiana e riegeliana”.

A lógica hegeliana centra-se na aceitação do princípio da contradição como elemento dinamizador do pensamento. Assim, a ênfase não está na superação das contradições, própria da lógica clássica, mas está na consideração e apreensão destas contradições em um sistema integrado, levando-se a compreender o

conhecimento como um fluxo contínuo em que transformações e mudanças são elementos fundamentais (ISAIA, 1996).

A preocupação de Riegel centrou-se na construção de uma Teoria Dialética do Desenvolvimento que contemplasse o ciclo vital humano. Assim, concebe o desenvolvimento como um processo que envolve contínuas mudanças no mundo individual e social, contemplando simultaneamente o transcurso vivencial do indivíduo e o desenrolar histórico da sociedade. Diante disso, não se pode entender o porquê do desenvolvimento de uma pessoa sem o estudo de sequências de eventos concretos que ocorrem na transação entre ela e o contexto sócio-histórico em que vive (ISAIA, 1996).

Neste sentido, a chave para a compreensão do conceito de Riegel é a noção de que o indivíduo deve ser considerado como um organismo mudando ativamente em um mundo em constante mudança, e que tanto o indivíduo quanto o ambiente em que vive devem ser objeto de estudo e pesquisa (ISAIA, 1996).

Riegel propõe que os eventos que contribuem para o desenvolvimento humano são melhor explicados ao longo de quatro dimensões, duas de natureza interna, denominadas biológico-interna e psico-individual, e duas de natureza externa, chamadas de sócio-cultural e físicoexterna. Essas quatro progressões estão em permanente intercâmbio transformacional, englobando uma dialética interna, relacionada à atividade individual, seja biológica ou psicológica, e uma dialética externa, ligada a interações físicas e sociais entre os diversos indivíduos e acontecimentos. As dialéticas estão engajadas no processo ativo de mudança e desenvolvimento de cada pessoa e do mundo com o qual está relacionada (ISAIA, 1996).

Para Riegel, apesar de o desenvolvimento representar a coordenação ou sincronização entre cada uma e/ou entre as quatro progressões, isso nem sempre é possível, fator que desencadeia uma crise ou conflito. Entretanto, a crise ou o conflito não podem ser vistos de forma negativa, uma vez que representam um confronto construtivo, no qual a contradição ou a falta de harmonia são a fonte de novas alterações, tanto no indivíduo quanto na sociedade sendo, conseqüentemente, vistos como os fatores decisivos do desenvolvimento (ISAIA, 1996).

Na medida em que os conflitos geram novas tarefas para o indivíduo e sociedade e estes conseguem realizá-las, a sincronia (coordenação, equilíbrio) pode

ser alcançada. Mas de acordo com a perspectiva dialética, o equilíbrio alcançado é novamente rompido pelo surgimento de novas questões, originando um novo desequilíbrio e assim sucessivamente em sequências de saltos desenvolvimentistas (ISAIA, 1996).

Riegel entende equilíbrio e desequilíbrio como mutuamente interdependente, com ocorrência nos indivíduos e na sociedade em que vivem, dando a essa conjugação dialética, a responsabilidade por todo o desenvolvimento humano. Assim, tendo em vista a importância das crises e dos conflitos para o estudo do desenvolvimento, Riegel reafirma a concepção de que qualquer mudança deve ser precedida por um estado de desequilíbrio (ISAIA, 1996).

Na visão desse teórico, os seres humanos estão constantemente mudando. As mudanças pelas quais passam só podem ser apreendidas a partir do estudo de eventos concretos ocorridos interativamente em duas ou nas quatro dimensões do desenvolvimento. Assim, eventos internos ou externos, isoladamente, não são conclusivos, devendo-se dar destaque aos modos e esforços com que os indivíduos enfrentam estes eventos. O homem, portanto, pode ser percebido como a intersecção das interações do mundo interno (pessoal) e do mundo externo (sociocultural e físico) (ISAIA, 1996).

A dinâmica interação do transcurso existencial da pessoa e da sociedade defendida por Riegel está aliada à concepção de diálogo apresentada por este pesquisador. Por meio da dialética dialogal, não apenas o sujeito e o mundo se transformam, mas também suas interações e posições. A situação dialogal considera a bagagem cultural dos indivíduos, bem como um código compartilhado de comunicação. Neste cenário de múltiplas alterações, o diálogo representa mais do que a mudança entre dois indivíduos, encarnando mudanças ao longo da história sociocultural da humanidade, integrando assim mudanças de curto e longo prazo (ISAIA, 1996).

Neste contexto, Riegel propõe o estágio das operações dialéticas, o qual permite que o indivíduo, ao longo de seu ciclo vital, aceite e conviva com operações conflitantes sem equilibrá-las em todas as circunstâncias, sendo capaz de operá-las simultaneamente em diferentes níveis de pensamento e em diferentes áreas de atuação (ISAIA, 1996).

Dentro da perspectiva dialética de Riegel, salienta-se a primazia da cognição social sobre a individual. Dessa forma, tem-se que a produção cognitiva depende da

interação com outras mentes, viabilizada pela mediação de sistemas simbólicos construídos ao longo da história da humanidade. A cognição humana beneficia-se da experiência socialmente elaborada, ao apropriar-se de saberes historicamente construídos. Na medida em que se considera que a geração de conhecimento, socialmente construída, simultaneamente gera desenvolvimento e é inerente ao processo educativo, pode-se concluir pela natureza eminentemente social da educação (ISAIA, 1996).

Assim, a educação é fator gerador de desenvolvimento em todas as fases da vida humana e, os indivíduos, dentro dessa análise, não podem ser vistos apenas como usuários passivos da produção cultural, mas como indivíduos capazes de apropriarem-se ativamente desta (ISAIA, 1996).

Apoiando-se nesse pensamento teórico, entende-se que os idosos são indivíduos que passam por constantes mudanças no processo de desenvolvimento, e que o surgimento das DCNT e o enfrentamento a elas podem ser considerados como um conflito, o qual não deve ser visto de forma negativa. Assim, o processo de educação terapêutica pode constituir-se em equilíbrio (coordenação, sincronia) no âmbito dessa população. Para tanto, os processos de educação e apoio ao autocuidado podem ser desenvolvidos tanto de forma individual ou em grupo, com o aporte de uma equipe interdisciplinar. O enfermeiro constitui-se em mediador, para o alcance das metas de aprendizagem e de autocuidado pelos idosos.

4.3 O autocuidado de Dorothea Orem e a dialética do desenvolvimento de Klaus Riegel: um diálogo possível

Diante do diagnóstico de uma DCNT no idoso e ao longo da trajetória de cuidados frente a essa condição de saúde, o pensamento teórico de Klaus Riegel, alicerçado na teoria dialética do desenvolvimento humano, oferece fundamentos que quando associados ao constructo teórico de Dorothea Orem, contribui para a análise do processo educativo junto a idosos que demandam aprendizagem de cuidados para a manutenção da saúde e da vida.

A teoria de Riegel leva ao reconhecimento de que a pessoa se desenvolve como um indivíduo, mas que, como tal, é parte integrante das mudanças do mundo sociocultural e físico em que vive. A ênfase no desequilíbrio e na instabilidade, apresentada na teoria, é devida à preocupação fundamental em explicar processos

de mudanças e as condições responsáveis pela geração das mesmas. Conseqüentemente, as crises, as contradições e os conflitos são vistos como confrontações positivas, responsáveis por ganhos no desenvolvimento do pensamento, ações e sentimentos, tanto no indivíduo quanto na sociedade (KREBS, 1995).

Mediante o exposto, pressupõe-se que pessoas idosas passam por constantes mudanças no processo de envelhecimento, em face ao diagnóstico de uma doença crônica e no transcurso dela, ingressam em um estágio de conflito (desequilíbrio), o qual deve ser interpretado dentro de uma ótica construtiva pelos profissionais da saúde.

Entende-se, portanto, que o processo de educação terapêutica que a enfermagem propõe junto a esses idosos, de forma individual ou coletiva, dentro de uma equipe multidisciplinar de atenção a saúde, em vistas ao autocuidado no domicílio, representa neste contexto um importante mediador, para o alcance do equilíbrio e sincronia dessa população.

Quando se toma, no interior das instituições de saúde, o processo educativo como ação sistemática, sequencial, lógica, planejada e com base científica, caracterizada por operações interdependentes: o ensino e a aprendizagem; em contrapartida quando o toma do ponto de vista dos saberes e experiências humanas, em contextos informais de aprendizagem, com vistas a apoiar o autocuidado. Torna-se relevante explicitar tanto a relação que se observa entre a concepção de sistema de apoio e educação proposto por Orem quanto à teoria da dialética do desenvolvimento de Riegel.

Do ponto de vista epidemiológico, o crescimento dos índices de morbidade e mortalidade por condições crônicas e incuráveis vem exigindo que os idosos tornem-se cada vez mais ativos no contínuo de seu desenvolvimento para gerenciar suas próprias enfermidades. Assim, a educação para o autocuidado desses idosos (educação terapêutica) deve ser foco de atuação de enfermeiros que atuam junto a essa população, sem desconsiderar o protagonismo do idoso em seu potencial e capacidade para assumir a responsabilidade de seu autocuidado.

Políticas de saúde preceituam que pessoas com DCNT, dentre estas os idosos necessitam, desenvolver ações de promoção e manutenção da saúde e, no cenário assistencial que se apresenta no sistema de saúde brasileiro, o enfermeiro

se destaca como importante facilitador desse processo, ao criar um ambiente voltado à aprendizagem, que motive e possibilite o idoso a querer aprender.

Entende-se na perspectiva assistencial baseada na promoção da saúde e na prevenção de doenças e agravos, que as ações de apoio e educação, tal como propostas por Orem, devem ser desenvolvidas em vistas a promover o equilíbrio (sincronia, coordenação), do idoso em face da DCNT, conforme orientado por Riegel.

A realização das práticas de apoio e educação em saúde, de acordo com Orem, exige que sejam respeitados a cultura do indivíduo, o contexto de vida, os conhecimentos preexistentes e o nível de escolaridade para que, através da construção do pensamento crítico, ocorram mudanças no conhecimento, nas atitudes e nas habilidades dos idosos.

Riegel, em sua concepção de horizonte de múltiplas mudanças destaca o diálogo de mútua influência o qual, no contexto das ações de apoio e educação em saúde, acarretam em transformações contínuas tanto do profissional enfermeiro, quanto do idoso, caracterizando o movimento contínuo que aponta a teoria. As transformações de ambos advêm das informações trocadas de modo individual ou coletivo, dos conceitos e experiências da história de cada um, de aspectos significativos do contexto sociocultural, dentro da qual cada um está inserido.

Dessa forma, vale destacar que, assim como é necessário “ensinar os idosos” para ajudá-los a se tornarem atores ativos do processo de saúde e doença, é preciso que os enfermeiros que atuam junto a essa população como educadores, se mantenham atualizados. A necessidade de atualização do educador embasa-se na perspectiva de movimento contínuo do indivíduo (no caso o idoso) e da sociedade (representada pelos enfermeiros) proposto por Riegel.

5 METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

5.1 Tipo de estudo e abordagem teórico-metodológica

Em congruência com a natureza dos objetivos propostos, fez-se necessária a realização de uma pesquisa com a abordagem qualitativa. Optou-se por essa abordagem uma vez que a investigação permeou as nuances que perpassam o conhecimento do idoso sobre os cuidados específicos da doença que possui e da adesão desse idoso às práticas do autocuidado terapêutico resultantes dos processos educativos institucionalizados.

Na primeira etapa da pesquisa, desenvolveu-se um estudo descritivo, para a caracterização do grupo de idosos vinculados ao Ambulatório de Geriatria e Gerontologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF), a fim de possibilitar a identificação e seleção dos idosos sujeitos da investigação.

A segunda etapa consistiu em uma investigação para a compreensão do processo de autocuidado desempenhado por idosos com DCNT em seus domicílios, dando-se ênfase para processo educativo em saúde no âmbito da temática da educação e promoção da saúde desenvolvida pelo enfermeiro em contexto assistencial multiprofissional de atenção ao idoso. Acredita-se que a abordagem qualitativa adotada nesta segunda etapa seja a trajetória de pesquisa que tem maior sintonia com o objetivo principal do estudo.

No âmbito das abordagens qualitativas, optou-se pela Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), derivada do interacionismo simbólico, como aporte teórico – metodológico, por entender que esta abordagem permite a coleta de dados em cenários naturais, onde a produção dos dados, análise e teoria mantêm uma relação de proximidade (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O interacionismo simbólico busca o significado que o mundo tem para cada indivíduo e a influência de tal fato na tomada de decisões e em suas atitudes. Nesta perspectiva teórica, os grupos humanos ou sociedades são vistos como conjunto de seres humanos que estão em ação, que consiste nas atividades múltiplas que os indivíduos realizam em suas vidas, como eles se encontram e como eles lidam com essas situações (BLUMER, 1969).

A perspectiva geral do interacionismo simbólico vê a sociedade humana como pessoas envolvidas na vida, que é um processo de atividade contínua no qual os

participantes estão desenvolvendo linhas de ação nas numerosas situações que encontram. Eles são apanhados em um vasto processo de interação em que precisam se adequar as suas ações em desenvolvimento. Este processo de interação consiste em fazer indicações para os outros do que fazer e interpretar as indicações de como é feito por outras pessoas (BLUMER, 1969). Consiste na adaptação pela qual passa o idoso com doença crônica não transmissível, por exemplo, através dos processos educativos institucionalizados.

5.1.1 Teoria Fundamentada nos Dados

A metodologia conhecida como TFD foi desenvolvida pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss em 1967. É assim denominada por descrever uma teoria que é derivada de dados, sistematicamente reunidos e analisados por meio de processo de pesquisa. Por ser baseada em dados coletados, tende a ser mais realista se comparada com estudos especulativos ou experimentais, proporcionando maior discernimento e se constituindo em um importante guia para a construção ou para o avanço de teorias (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A teoria fundamentada é um importante método de pesquisa para o estudo dos fenômenos em enfermagem. O método explora a riqueza e a diversidade da experiência humana e contribui para o desenvolvimento de teorias de médio alcance em enfermagem, além de ajudar a explicar teoricamente lacunas entre teoria, pesquisa e prática. Ela tem sido aplicada em educação, prática e administração em enfermagem (STREUBERT; CARPENTER, 1999).

A teoria começou a influenciar o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem desde os anos 60. O foco principal da contribuição da teoria para o conhecimento de enfermagem através destas décadas foi na adaptação para a doença, infertilidade, adaptação e intervenções de enfermagem e o estudo de pessoas e de grupos vulneráveis (BENOLIEL, 1996 apud STREUBERT e CARPENTER, 1999), como é o caso deste estudo, em que se trabalha com idosos com doenças crônicas e que demandam cuidados específicos de enfermagem no domicílio.

A TFD como um método de pesquisa qualitativa é uma forma de pesquisa de campo que explora e descreve fenômenos em cenários naturais tais como hospitais, clínicas de clientes terminais ou cuidados de enfermagem em casa, com o propósito

de se aprofundar no funcionamento das práticas, comportamentos, crenças, atitudes e vivências de indivíduos ou grupos (POLIT; HUNGLER, 1991 apud STREUBERT; CARPENTER, 1999). Por isso optou-se, neste estudo, por essa abordagem metodológica, em que se pode explorar e descrever os fenômenos no ambiente domiciliar, que se constituiu no cenário principal da pesquisa.

A questão da pesquisa dentro dessa abordagem identifica o fenômeno a ser estudado e a amostragem teórica, a qual busca maximizar oportunidades de comparar fatos ou acontecimentos para determinar como uma categoria varia em termos de suas propriedades e de suas dimensões. A amostragem teórica torna-se fundamental ao explorar áreas novas ou desconhecidas porque permite ao pesquisador escolher os caminhos de amostragem que geram maior retorno teórico (STRAUSS; CORBIN, 2008)

O processo de coleta de dados, codificação e análise ocorrem simultaneamente e de forma circular. Assim, o pesquisador não começa um projeto com uma teoria pré-concebida em mente (a não ser que seu objetivo seja elaborar e estender a teoria existente). Ao contrário, o pesquisador começa com uma área de estudo e permite que a teoria surja a partir dos dados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Há uma razão para alternar coleta e análise de dados. Isso não apenas permite validação com base em conceitos emergentes, mas também permite validação de conceitos e hipóteses à medida que são desenvolvidos. Aqueles considerados como “não ajustáveis” podem então ser descartados ou modificados durante o processo de pesquisa (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O processo de pesquisa na teoria fundamentada se desenvolve em cinco etapas: a coleta de dados empíricos; codificação aberta; codificação axial; codificação seletiva; e produção do relatório de pesquisa (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A primeira etapa, representada pela coleta de dados, pode ser feita através de entrevistas formais ou semiestruturadas, entrevistas informais, observação participante, periódicos, documentos ou da combinação dessas fontes. A coleta de dados relevantes fornece material sólido para a construção de uma análise significativa. Os dados revelam as opiniões, sentimentos, intenções e ações dos participantes, bem como os contextos e as estruturas de suas vidas. A obtenção desses dados retrata uma descrição densa, como a redação das observações das notas de campo, relatos pessoais dos respondentes por escrito e/ou a compilação

de narrativas detalhadas (como a transcrição de entrevistas gravadas) (CHARMAZ, 2009).

Nesta investigação foram utilizadas para a geração de dados pelo pesquisador as técnicas de observação participante, com notas de campo registradas em um diário de campo e a entrevista semiestruturada, que foi gravada e transcrita, tendo como informante o idoso com DCNT.

A segunda etapa, a codificação aberta, se constitui no processo analítico por meio do qual os conceitos são identificados e suas propriedades e suas dimensões são descobertas nos dados. Nesta etapa, os conceitos são revelados, nomeados e desenvolvidos; o pesquisador deve abrir o texto e expor pensamentos, ideias e significados que ele contém. Sem esse primeiro passo analítico, as outras etapas da análise e da comunicação que se segue pode não ocorrer de forma adequada (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Na codificação aberta, os dados são separados em partes distintas, rigorosamente examinados e comparados em busca de similaridades e de diferenças. Eventos, acontecimentos, objetos e ações/interações considerados conceitualmente similares em natureza ou relacionados em significado são agrupados sob conceitos mais abstratos, chamados categorias (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A terceira etapa, a codificação axial, é o processo de relacionar categorias às suas subcategorias. Apresenta essa denominação porque essa codificação ocorre em torno do eixo de uma categoria, associando categorias ao nível de propriedades e dimensões. O objetivo dessa codificação é começar o processo de reagrupamento dos dados que foram divididos durante a codificação aberta. As categorias são relacionadas às suas subcategorias para gerar explicação mais precisas e completas sobre os fenômenos. Embora a codificação axial tenha objetivo diferente da codificação aberta, esses passos não são necessariamente analíticos sequenciais. A codificação axial exige que o analista tenha algumas categorias, mas sempre começa a surgir durante a codificação aberta um sentido de como as categorias se relacionam (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A quarta etapa se constitui na codificação seletiva, o processo de integrar e de refinar a teoria. Na integração, as categorias são organizadas em torno de um conceito explanatório central, a categoria central (ou categoria básica), a qual representa o tema principal da pesquisa. A integração ocorre com o tempo,

começando com os primeiros passos da análise, e geralmente não termina até a redação final. Uma vez que se consiga um comprometimento com a ideia central, as principais categorias são relacionadas a ela por meio de declarações explanatórias de relações. Diversas técnicas podem ser usadas para facilitar o processo de integração, entre as quais falar ou escrever o enredo, usar diagramas, classificar e revisar memorandos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

No momento em que o esquema teórico esteja destacado, inicia-se o processo de refinar a teoria, podando os excessos e completando as categorias mal desenvolvidas. Categorias mal desenvolvidas são completadas por meio de amostragem teórica adicional (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Por último, tem-se a quinta etapa, que corresponde à produção do relatório de pesquisa, que deve dar aos leitores uma ideia das fontes dos dados, como os dados foram interpretados e como os conceitos foram integrados (STREUBERT; CARPENTER, 1999).

Portanto, a partir do exposto, optou-se por essa metodologia a fim de se aprofundar na natureza das ações realizadas pelos idosos com DCNT em vistas ao autocuidado terapêutico, desenvolvido em seus domicílios. Compreendendo esse fenômeno através de sua interação, pode-se compreender como é estabelecido o autocuidado terapêutico de cada idoso, como as ações de educação terapêutica influenciam no autocuidado desses indivíduos, assim como as estratégias utilizadas pelos idosos com DCNT para desenvolver as ações de autocuidado no domicílio.

5.2 Cenários da pesquisa

O município de Juiz de Fora foi local de inserção dos idosos sujeitos da pesquisa. A cidade situa-se na Zona da Mata Mineira, é polo industrial, cultural e de serviços do sudeste mineiro, sendo referência em serviços de educação e saúde desta região. Juiz de Fora apresenta uma extensão territorial de 1.437.000 km² (JUIZ DE FORA, 2012) e tem uma população estimada pelo IBGE (2010) de 516.247 habitantes, cujo segmento etário considerado como idosos corresponde há 70.288 habitantes.

O perfil populacional do município vem acompanhando a tendência mundial, com a desaceleração da taxa de crescimento e evolução da pirâmide etária nas faixas de maior idade. Segundo dados do IBGE (2010), 13,62% de sua população têm idade igual ou superior a 60 anos, acima das médias de Minas Gerais e do

Brasil, com conseqüente aumento das doenças crônicas, demandando ações assistenciais voltadas para essa população e qualificação específica de profissionais (JUIZ DE FORA, 2012).

As principais causas de óbitos no município estão relacionadas a doenças do aparelho circulatório (28%), seguidas de neoplasias (17,1%) e de doenças do aparelho respiratório (11,7%). Quanto à mortalidade proporcional por faixa etária, verifica-se alta concentração de óbitos em pessoas acima de 50 anos de idade (79,2%) e um percentual pequeno de óbitos nas idades jovens em decorrência de causas externas. Destas últimas, os acidentes de trânsito ocupam o primeiro lugar no município (JUIZ DE FORA, 2010).

O Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora – HU/UFJF foi escolhido para a seleção dos sujeitos da pesquisa por se tratar de uma instituição de ensino e pesquisa com infraestrutura compatível ao desenvolvimento do estudo e por ter como uma de suas missões o incentivo à produção de conhecimentos em diferentes áreas da saúde. Além disso, trata-se de uma instituição hospitalar que integra a rede SUS macrorregional, ofertando cuidados de saúde de média e alta complexidade.

O HU/UFJF, com 48 anos de existência é centro de referência no atendimento a doenças neurológicas imunomediadas, na reabilitação de hanseníase, referência em hepatologia, transplante de medula óssea e tratamento de fibrose cística. Atende os usuários do SUS da macrorregião sudeste de Minas Gerais, que inclui 95 municípios, os vindos de outras regiões do estado e, ainda, outros residentes em cidades da região centro-sul do estado do Rio de Janeiro (UFJF, 2011).

O ambulatório de Geriatria e Gerontologia integra a atenção ambulatorial ofertada pelo HU/UFJF desde o dia 25 de abril de 2006. A partir de 2007 funciona nas dependências do Centro de Atenção à Saúde (CAS), unidade ambulatorial do HU/UFJF, no primeiro andar e atende pessoas idosas de Juiz de Fora e da região da zona da mata mineira.

Neste cenário a enfermagem está inserida em uma equipe multiprofissional, composta também por profissionais da área de educação física, medicina, nutrição, psicologia e serviço social. Realiza atendimentos individuais às quartas-feiras, no período de 13:00 às 18:00 horas e o agendamento é feito por meio de encaminhamento das Unidades de Atenção Primária à Saúde - UAPS, serviços de saúde externos e do próprio HU/UFJF.

Também são realizados grupos de educação em saúde, que se alternam, sendo: uma oficina de memória, um grupo de convivência de idosos e um grupo de cuidadores familiares.

A Enfermagem passou a atuar neste ambulatório a partir de março de 2012 por meio de uma parceria do Projeto de Extensão da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), “Consulta de enfermagem para o autocuidado após a alta”, vinculado à Residência em Enfermagem Saúde do Adulto do Hospital Universitário e ao Mestrado Acadêmico em Enfermagem da UFJF, através do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre autocuidado e processo educativo em saúde e em enfermagem.

A pesquisa teve como cenário inicial o referido ambulatório, local onde os idosos participantes desta pesquisa foram identificados e selecionados. Em seguida, o cenário principal passou a ser o domicílio desses indivíduos, adotando-se a Visita Domiciliar (VD) como estratégia de ação para subsidiar a compreensão acerca do processo do autocuidado terapêutico dos idosos em casa.

Para a realização desta pesquisa foi solicitada e obtida a autorização da coordenação deste ambulatório, da coordenação geral do Serviço Ambulatorial, bem como da direção da instituição hospitalar e de ensino, conforme os apêndices A, B, C e D.

5.3 Participantes da pesquisa: características individuais e clínicas

O grupo de participantes pesquisado foi composto por idosos cadastrados e acompanhados pela equipe multidisciplinar do ambulatório de Geriatria e Gerontologia do HU/UFJF. Através da consulta de enfermagem foram identificados, entre os meses de novembro de 2012 a outubro de 2013, os idosos com DCNT e que necessitavam se autocuidar em seus domicílios a fim de garantir a manutenção e promoção de sua saúde e a prevenção de agravos.

Os critérios de inclusão dos idosos no estudo foram indivíduos com 60 anos de idade ou mais, lúcidos, orientados e conscientes; independente de gênero, etnia ou raça, religião, convicção política, condição econômica e que aceitaram livre e espontaneamente a fazer parte desta investigação, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A). Os critérios de não inclusão compreenderam a negação em participar da pesquisa ou não preencher algum dos critérios de inclusão.

Após a identificação e caracterização desses idosos, utilizou-se da estratégia da amostra de conveniência a fim de selecionar os sujeitos para segunda etapa da pesquisa.

Na segunda etapa, o número de participantes seguiu a abordagem de amostragem e saturação teórica. Na saturação teórica nenhum dado novo ou relevante surge em relação a uma categoria, as quais se encontram bem desenvolvidas em termos de propriedades e dimensões, e suas relações, bem estabelecidas e validadas. Assim, o pesquisador precisa coletar dados até que todas as categorias apresentem-se saturadas, caso isso não ocorra, a teoria será construída de forma irregular e não terá densidade teórica (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Diante disso, foram visitados doze idosos, observando uma repetição nas respostas, reações e comportamentos, caracterizando a saturação, já que não houve mais nenhum dado novo ou relevante que justificasse ampliar o número de participantes.

Vale destacar que na apresentação dos resultados da pesquisa respeitou-se o anonimato dos participantes, garantindo assim a segurança dos indivíduos através da utilização de nomes de cantores da Bossa Nova.

Na tabela 1, a seguir, apresenta-se uma breve caracterização dos doze participantes que foram selecionados para a fase qualitativa desta investigação.

TABELA 1 – Distribuição dos participantes da pesquisa por características individuais e tipo de DCNT. Juiz de Fora – MG, 2014.

Identificação do idoso	Gênero	Idade atual	Cor da pele	Estado de união	Região que reside	Escolaridade	Renda mensal (em salário mínimo)	Núcleo Familiar	DCNT
Nara Leão	Fem.	80	Negra	Viúva	Leste	1º grau Incompleto	1 (um)	Sozinha	HAS / DPOC / reumatismo
Claudette Soares	Fem.	65	Branca	Casada	Norte	1º grau Incompleto	2 (dois)	Marido	Hipotireoidismo / Fibromialgia / Depressão
Maria Betânia	Fem.	66	Branca	Divorciada	Norte	1º grau Incompleto	2 (dois)	Filho e Nora	HAS
Cynthia Mendes	Fem.	89	Parda	Viúva	Norte	1º grau Incompleto	2 (dois)	Filho	HAS / Hipertireoidismo / Osteoporose
Eliana Pittman	Fem.	73	Negra	Solteira	Norte	1º grau Completo	> 2 (dois)	Amiga	HAS / DM
Elizeth Cardoso	Fem.	72	Branca	Solteira	Oeste	1º grau Incompleto	1 (um)	Sozinha	HAS / DM / Osteoporose / Fibromialgia / Tendinite
Gal Costa	Fem.	76	Branca	Solteira	Norte	1º grau Completo	1 (um)	Sozinha	Bronquiectasia / Cardiopatia
Tom Jobim	Masc.	70	Branco	Casado	Centro	1º grau Incompleto	1 (um)	Esposa	DM / HAS
Leila Pinheiro	Fem.	60	Parda	Casada	Centro	2º grau Completo	> 2 (dois)	Marido	HAS / DRC
Caetano Veloso	Masc.	69	Branco	Casado	Norte	2º grau Completo	> 2 (dois)	Esposa	DM
Wanda Sá	Fem.	84	Branca	Divorciada	Norte	1º grau Incompleto	> 2 (dois)	Sozinha	Doença de Crohn
Elis Regina	Fem.	68	Branca	Viúva	Sul	1º grau Completo	1 (um)	Sozinha	Câncer de pele / HAS

Fonte: A autora.

De acordo com a tabela 1, os participantes da pesquisa foram constituídos por 12 idosos, sendo 83% (10) mulheres e 17% (2) homens. A idade variou de 60 a 89 anos, sendo a média de idade 73 anos. Quanto à distribuição por faixa etária, 42% encontravam-se entre 60 a 69 anos; 33% entre 70 a 79 anos; 25% entre 80 a 89 anos.

Quanto à situação conjugal, 33% eram casados; 25% eram viúvos; 17% eram divorciados; e 25% eram solteiros.

Quanto ao grau de escolaridade, 58% (7) relataram ter o 1ª grau incompleto, 25% (3), tinham o 1º grau completo, e 17% (2) tinham o 2º grau completo, o que evidenciou o baixo grau de escolaridades dos idosos.

Quanto à cor da pele autorreferida, 66% informaram ser brancos, 17% negros e 17% pardos.

Em relação à renda mensal familiar, tem-se que 42% dos idosos referiram renda mensal até um salário mínimo; 25% com mais de um até dois salários mínimos e 33% com mais de dois salários mínimos.

Um dado que merece destaque foi o fato de 42% dos idosos residirem sozinhos, 33% com cônjuges e 25% com filhos/nora/amiga. Isso evidencia que muitos idosos não apresentam convívio diário com seus familiares, optando por morar sozinhos, mantendo a autonomia e a independência para o autocuidado.

Em relação às doenças crônicas, 25% apresentam apenas uma; 42% apresentam duas DCNT; e 33% referem três ou mais DCNT. Dentre as doenças relatadas, destacam-se a HAS, presente em 67% dos idosos, e o DM, em 33% dos participantes.

Tomando como referência os registros e as notas de observação (memorandos) da pesquisadora com apoio do diário de campo, será descrita, a seguir, uma caracterização sucinta do contexto domiciliar que envolve os doze idosos selecionados para a segunda etapa do estudo, conforme listado na tabela 1. Cada um dos doze idosos recebeu nessa fase uma ou duas visitas domiciliares, previamente agendadas de acordo com sua disponibilidade, com duração em média de duas a três horas.

5.3.1 Nara Leão – Enfrentamentos, desafios e adaptação ao envelhecimento

A primeira visita domiciliar (VD 1) foi à casa de Nara Leão, natural de Ubá, viúva, 80 anos, negra, aparentemente com sobrepeso, baixa, cabelos e olhos escuros e três filhos. Recebeu-me de blusa estampada, casaco de frio e saia, usando uma sandália aberta em sua parte posterior. Fui recepcionada com um caloroso abraço. A idosa residia em um bairro da Zona Leste da cidade, em uma rua estreita, asfaltada, com predomínio de casas baixas e não totalmente construídas. A rua era localizada no alto de um morro, o que dificultava o acesso a pé. Casa verde-clara, três andares, sendo o primeiro andar constituído por uma garagem, a qual alugava a um vizinho; o segundo andar era alugado a um rapaz jovem, que morava sozinho; e o terceiro andar era residência de Nara Leão. Um fator que chamou atenção foi à existência de aproximadamente 20 degraus para o acesso a sua casa que, apesar da presença de corrimão em um dos lados, apresentava pouca iluminação, o que dificultava o deslocamento de dona Nara. A casa era própria, muito bem conservada, com água tratada e rede de esgoto. Possuía sala, banheiro, copa, cozinha, dois quartos e quintal, local onde a idosa, com ajuda de um jardineiro, cultivava uma pequena horta. Nara relatou ser muito agitada e que não conseguia se adaptar às alterações decorrentes do envelhecimento, devido ao fato de gastar mais tempo que antes para realizar tarefas simples. Contou que há alguns meses tinha uma ajudante que limpava a casa, entretanto decidiu despedi-la e realizar, sozinha, as atividades do lar e do seu autocuidado. Explicou que sempre foi independente dos pais e do marido e, por isso, não aceitava depender de terceiros. Nara perdeu o marido há 15 anos e, desde então, morava sozinha. Mostrou-se uma pessoa muito religiosa, atuante da religião evangélica. Declarou que participava de todos os grupos educativos oferecidos pelo HU/UFJF e fazia acompanhamentos trimestrais nas consultas do Ambulatório de Geriatria e Gerontologia. Referiu se sentir muito sozinha e gostar da ideia de ter alguém da área da saúde em casa para tirar suas dúvidas, se informar a respeito das doenças que possui: a hipertensão, DPOC e o reumatismo. Explicou que durante várias vezes já tomou seus remédios de maneira incorreta e apresentava queixas frequentes de memória. Durante a entrevista, pediu desculpas algumas vezes devido ao fato de repetir as coisas que falava. Relatou ter vontade de aprender outros idiomas, mas disse ter memória ruim e não ter, devido a isso, facilidade em aprender novas informações.

5.3.2 Claudette Soares – Uma história de superação diária em vistas ao autocuidado

A segunda visita domiciliar (VD 2) foi à casa de Claudette Soares, 65 anos, natural de Santos Dumont, branca, baixa estatura, magra, olhos castanhos, cabelos ondulados, grisalhos e na altura dos ombros. Encontrava-se com um vestido listrado, tiara nos cabelos, brincos com flores brancas e unhas pintadas de vermelho. Meiga, Claudette me recebeu com um sorriso no rosto e um sincero abraço. Residia em um bairro da Zona Norte da cidade, rua aparentemente tranquila, com predomínio de estruturas baixas. A idosa morava, juntamente com o marido, em uma casa amarela, telhas coloniais, entrada por um pequeno portão cinza localizado junto à garagem; casa constituída por sala, quarto, copa, cozinha, banheiro e uma extensa área externa nos fundos onde se encontravam uma horta e um lindo jardim. Durante a entrevista, Claudette relatou, com grande pesar, esquecer se tomou ou não suas medicações durante o dia e, muitas vezes, deixa de tomar devido a esse esquecimento. Referiu utilizar medicamentos homeopáticos e se adaptar bem com eles. Explicou que cuidava da alimentação, seguindo a dieta da nutricionista, apesar da falta de apoio do marido. Praticava atividades físicas quatro vezes por semana, a fim de melhorar seu estado de saúde. Claudette não tem filhos e possui alguns parentes na cidade em que mora, entretanto não tem contato frequente com eles. Referiu ter incontinência urinária ao esforço, eliminando urina ao tossir e espirrar. Disse que realiza, segundo orientado pela enfermeira do ambulatório de Geriatria e Gerontologia, os movimentos de Kegel para o controle do esfíncter. A idosa contou ainda ter uma “dor que anda” (fibromialgia), caracterizada por dor e queimação em diversas partes do corpo, modificando-se com o tempo.

5.3.3 Maria Betânia – A sobrecarga emocional com influência negativa no quadro clínico

A terceira visita domiciliar (VD 3) foi à casa de Maria Betânia, 66 anos, branca, magra, cabelos longos e grisalhos, olhos azuis, fala suave e lenta. Idosa morava em um bairro da Zona Norte da cidade, em uma rua larga e composta de casas em sua maioria. Betânia mora em uma casa de três cômodos (banheiro, cozinha/sala e um quarto) nos fundos da casa da irmã e relatou se sentir presa em sua própria casa devido à presença do filho e da nora. Estava construindo uma casa

no segundo andar a qual iria abrigar seu filho com a esposa. O filho da idosa é desempregado, 35 anos, passava o dia em jogos no computador; a nora foi afastada do serviço, devido à descoberta de uma hérnia de disco. A idosa sustentava a casa com um salário mínimo e o auxílio da pensão da nora. Relatou sentir-se sobrecarregada emocional e fisicamente, e não ter apoio da família nos cuidados com sua saúde. Demonstrou-se agitada em determinados momentos da entrevista devido à situação do filho e da nora. Disse ter interesse em participar dos grupos educativos oferecidos no HU/UFJF com maior frequência, entretanto devido aos cuidados e responsabilidades que tem com a casa e seus moradores, não consegue disponibilizar tempo para a busca por esses cuidados. Confessou que, por vezes, sentiu-se mal devido a um pico de pressão e procurou a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da região sozinha, ou ainda esperou os sintomas passarem em casa sem nada fazer e a ninguém comunicar. Maria Betânia disse ter grande interesse no que se refere ao seu autocuidado terapêutico, entretanto ao ser questionada em relação aos cuidados com a medicação, relata não tomar o remédio da pressão há dois dias por não ter tido tempo de buscá-lo na UAPS.

5.3.4 Cynthia Mendes – Uma história de dependência de cuidados no domicílio

A quarta visita domiciliar (VD 4) foi à casa de Cynthia Mendes, 89 anos, morena, magra, cabelos lisos, curtos e grisalhos, viúva. Morava em um apartamento de um bairro da Zona Norte da cidade junto com o filho. Encontrava-se vestida com um conjunto de blusa e bermuda de malha, na cor azul e chinelos brancos. Recebeu-me na companhia de sua ajudante e cuidadora, a qual passa os dias com a idosa há mais de dez anos, durante o período em que o filho está trabalhando. Cynthia fazia uso de andador na cor azul marinho, com quatro rodinhas que aparentemente forneciam muito equilíbrio à idosa. O andador era composto por um suporte para guarda-chuva e um espaço para armazenar material de uso contínuo/constante, o que proporcionava maior autonomia. A idosa era portadora de hipertensão arterial sistêmica, osteoporose e hipotireoidismo. Relatou que seus medicamentos são separados semanalmente por seu filho e distribuídos em gavetas conforme os horários de administração. A ajudante auxiliava a Cynthia nos cuidados diários, como alimentação e medicação, enquanto os filhos da idosa gerenciavam as questões referentes à sua saúde, como agendamento de consultas e marcação de

exames, quando necessário. A participante apesar de depender de um andador para seu deslocamento, apresentava-se muito ativa. Ao ser questionada sobre suas DCNT demonstrou falta de conhecimento sobre as medidas de promoção da saúde e prevenção de agravos, depositando a responsabilidade desses cuidados nos filhos e na cuidadora. Relata ter apoio total da família em caso de necessidades, seja financeira, seja emocional ou estrutural. Apresentou durante a entrevista queixas referentes à memória, fator dificultador para o seu autocuidado no domicílio. Refere não desenvolver em casa nenhum tipo de atividade que promova o estímulo da memória, sendo desde o seu autocuidado terapêutico até a organização do cotidiano promovido e incentivado pela cuidadora e pelos filhos.

5.3.5 Eliana Pittman – Exemplo de necessidade de apoio profissional para o autocuidado domiciliar

A quinta visita domiciliar (VD 5) foi à casa de Eliana Pittman, 73 anos, solteira, negra, cabelos curtos, crespos e grisalhos, estatura mediana, convive com Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Ao chegar à residência, fui recebida por uma simpática senhora de 63 anos, companheira e amiga de Eliana, que mora há 30 anos com a idosa. Elas habitam uma casa de fundos a qual possui um extenso quintal e uma varanda coberta, local onde foi realizada a entrevista. Ao adentrar na residência, me deparei com seis pequenos e agitados cachorros, os quais fazem companhia às idosas e, segundo Eliana, constituem parte da família. Eliana recebeu-me com um chinelo marrom de encaixar os pés, bermuda listrada de malha nas cores branca e preta, blusa floral de fundo azul marinho e uma touca branca que a protegia do frio. Durante a entrevista, Eliana não demonstrou preocupação diante das DCNT que possui, não lembrando ao menos quando e como as patologias foram diagnosticadas. A idosa disse que não gostava de praticar atividades físicas e não conseguia seguir a dieta prescrita pela nutricionista. A companheira de Eliana a ajudava nos cuidados diários com a saúde, entretanto por gostar muito de doces, mantinha grande quantidade de biscoitos, doces de amendoim, bananada, à disposição pela casa. Ao ser questionada quanto à aplicação da insulina, apresentou dificuldade e resistência em relação ao rodízio e técnica correta de aplicação. Relatou ter aprendido a aplicar a insulina observando outras pessoas. Eliana participou de grupos educativos somente no HU, mas deixou

de participar várias vezes devido às limitações de ida ao local, comprometendo seus conhecimentos em relação ao autocuidado terapêutico. Eliana apresentou durante a entrevista praticar saberes populares na realização de seus cuidados e referiu grande deficiência nas atividades educativas da UAPS de referência. Queixou-se de perdas frequentes de memória, o que segundo ela, pode dificultar (e de fato dificulta) o autocuidado. Idosa não apresenta apoio familiar; possui família grande, entretanto não representam fonte de apoio/suporte à idosa, que se demonstrou emocionada ao falar sobre o assunto.

5.3.6 Elizeth Cardoso – A luta diária a favor do envelhecimento com qualidade de vida

A sexta visita domiciliar (VD 6) foi à casa de Elizeth Cardoso, 72 anos, solteira, branca, sobrepeso, baixa, cabelos escuros com fios grisalhos, olhos castanhos, uso de óculos de grau e muito comunicativa. Aposentada, mora sozinha em um bairro da zona Oeste da cidade, casa própria localizada em um lote ao lado dos três irmãos. Apesar de morar sozinha, Elizeth tinha contato constante com os irmãos e sobrinhos que moravam no mesmo terreno. O acesso a casa era permitido após a descida de uma escada de aproximadamente quinze altos degraus de concreto. À direita, havia um estreito portão de ferro e muitas plantas decorando a entrada. A casa era composta por cinco cômodos os quais a idosa realizava sozinha a limpeza. Pode-se perceber grande interação entre Elizeth e sua família, o que caracterizou a presença de apoio familiar. A participante queixou-se de dores nas articulações e músculos oriundas do reumatismo e demonstrou, entretanto, ter forças para seguir em busca de melhoras para a saúde. Relatou realizar atividades físicas, como hidroginástica e fisioterapia, e cuidar bem da sua saúde. Apresentou-se ativa na realização das AVD sem a necessidade de auxílio de terceiros e/ou equipamentos. Demonstrou conhecer seu processo saúde-doença e buscar por educação terapêutica em diversos meios. Relatou praticar o autocuidado terapêutico para se tornar uma “velhinha esperta”, demonstrando sempre satisfação em relação ao tratamento e orientações recebidas pela equipe de saúde. Uma queixa relatada por Elizeth era a sobrecarga física que a rotina diária do tratamento trazia, para o controle da doença, o qual se tornava necessário o deslocamento de seu domicílio

até as Unidades de Saúde e, como seu meio de transporte era o ônibus, seus dias tornavam-se cansativos e desgastantes.

5.3.7 Gal Costa – Dor, déficit visual e solidão *versus* religiosidade: desafios para o envelhecimento

A sétima visita domiciliar (VD 7) foi à casa de Gal Costa, 76 anos, solteira, sem filhos, aparência triste, abatida, cabelos curtos e claros, olhos castanhos, branca, magra, baixa estatura, moradora de um bairro da Zona Norte da cidade. Residia em uma rua íngreme, na casa da frente de um terreno dividido com a irmã e com a sobrinha. Casa de um andar, varanda, sala, dois quartos, banheiro, cozinha e copa, a qual se deparava nos fundos, com a casa da irmã. A sala da idosa foi cenário inicial da entrevista, local onde havia dois sofás e uma estante com fotos da família e uma Bíblia. Gal Costa demonstrou como principal característica a religiosidade e buscava apoio nas orações e nas imagens de santos católicos espalhadas por todos os cômodos da casa, que fazia questão de mostrar durante a visita domiciliar. Na conversa inicial, a idosa relatou um pouco do seu processo saúde-doença, informando que sentia muitas dores na articulação da mão esquerda, o que lhe dificultava de maneira extrema a realização das AVD, das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e do autocuidado terapêutico. Gal relatou sentir medo durante a noite devido ao fato de morar sozinha; teme passar mal e não ter ninguém para dar-lhe suporte. Apresentou grande dificuldade para realizar a leitura do TCLE e, segundo informou, faz uso de lentes corretivas e lupa quando necessário. O déficit visual prejudica ainda mais a realização do autocuidado terapêutico e o processo de aprendizagem desses cuidados pela idosa. Fazia uso de aparelho auditivo ao qual não tinha uma boa adaptação, uma vez que percebia grande quantidade de ruídos, o que prejudicava ainda mais sua comunicação. Não era fácil para Gal Costa aceitar o processo de envelhecimento, disse que era difícil envelhecer, tinha medo de “ficar velha” e não poder fazer suas atividades sozinha; tinha medo da morte e relatava ficar nervosa por isso.

5.3.8 Tom Jobim – O abandono de um vício e o começo de uma nova vida

A oitava visita domiciliar foi à casa de Tom Jobim, 70 anos, casado, branco, olhos azuis, cabelos grisalhos, magro, alto, simpático, sotaque tipicamente mineiro,

natural de Juiz de Fora, aposentado. Morava com a esposa em uma extensa casa de um bairro da Zona Norte da cidade, composta por quarto, banheiro, sala, cozinha, varanda, um quarto designado para costura, terraço e uma antiga oficina onde o idoso trabalhava. Na entrada da residência havia um grande terreno, habitado por muitas árvores, plantações, horta e galinhas, um fator favorável para o seu bem-estar. O acesso a casa se dava através de uma longa escada com degraus demarcados na própria terra, o que a tornava escorregadia mesmo em chuvas de pouco volume. Tom Jobim era possuidor de uma imensa alegria de viver, demonstrava grande amor pelos netos e carinho pela sua esposa. Seu passado foi marcado pela dependência do álcool; fez consumo de bebidas alcoólicas por aproximadamente 40 anos, o que resultou, por exemplo, na separação de sua ex-esposa. Abandonou o vício após entrar nos Alcoólicos Anônimos (AA), local onde mantém vínculo e uma grande gratidão até hoje. A descoberta da HAS e do Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 deu-se através de exames de rotina, uma vez que não identificava nenhum sinal e sintoma das doenças. Começou o tratamento no HU/UFJF, entretanto relatou somente ter iniciado o autocuidado terapêutico em seu domicílio ao descobrir, através de um grupo educativo no HU, a possibilidade de cegueira como sequela da DM. Confessou que o maior obstáculo para a realização do autocuidado terapêutico era o consumo de doces; disse que já havia abandonado o cigarro e o álcool, entretanto abandonar o consumo de doces seria extremamente difícil, mas que seria sua meta para o próximo ano.

5.3.9 Leila Pinheiro – A rotina de autocuidado com a DRC e o medo constante da hemodiálise

A nona visita domiciliar (VD 9) foi à casa de Leila Pinheiro, 60 anos, casada, dois filhos, parda, olhos castanhos, cabelos claros, lisos e na altura dos ombros. Natural de Paula Lima, residia com o esposo em um bairro da região central de Juiz de Fora, rua movimentada com predomínio de prédios comerciais. A idosa possuía HAS e Doença Renal Crônica (DRC) e relatou conviver bem com as doenças. Procurava sempre se informar sobre os sinais e sintomas que apresentava durante as consultas no ambulatório de Geriatria e Gerontologia e praticava, segundo informado, o autocuidado terapêutico em seu domicílio conforme orientado pela equipe de saúde. Referiu sentir pavor da possibilidade de fazer uso da máquina de

hemodiálise e, por isso, previne de todas as formas tal situação. Contou que nunca participou de grupos educativos que abordassem as DRC, tem aprendido a se cuidar durante as consultas com a médica geriátrica e a nutricionista. No bairro havia UAPS, entretanto Leila Pinheiro só recorria a ela em casos de extrema necessidade.

5.3.10 Caetano Veloso – Uma bela história de enfrentamento da DCNT

A décima visita domiciliar (VD 10) foi à casa de Caetano Veloso, 69 anos, casado, dois filhos, natural de Juiz de Fora, branco, magro, alto, pouco cabelo, olhos castanhos claros, voz grave e firme. Mora na companhia da esposa em um bairro central da cidade, no terceiro andar de um prédio sem elevador. Demonstrou grande ansiedade com a visita e gratidão por poder fazer parte da pesquisa. Caetano era esclarecido quanto ao seu processo de saúde-doença, mostrando-se seguro ao discorrer sobre ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Possuía déficit auditivo significativo em ouvido direito e fazia uso de aparelho auditivo em ouvido esquerdo. Era notória a forma como o déficit de audição dificultava o processo comunicativo do idoso, o qual aparentava gostar de interagir com as pessoas ao seu redor. Visando facilitar o entendimento de Caetano Veloso durante a entrevista me mantive sempre de frente ao idoso, uma vez que esse fazia uso da leitura labial como estratégia de melhorar o entendimento. O idoso possuía DM tipo 2 e apresentava muita segurança ao falar sobre os sinais e sintomas da hipo e da hiperglicemia e dos seus cuidados terapêuticos no domicílio. Exemplificou vários casos que aconteceram com conhecidos que tinham DM e que não se cuidavam, demonstrando que essas experiências de terceiros serviram de aprendizado para sua vida e para estímulo ao seu autocuidado.

5.3.11 Wanda Sá – Um exemplo de superação dos percalços da vida

A décima primeira visita (VD 11) foi à casa de Wanda Sá, 84 anos, separada, magra, branca, pele bem enrugada, baixa estatura, olhos escuros, cabelos brancos, voz fina e agradável. Morava sozinha em um bairro da Zona Norte da cidade. Recebeu-me na companhia da sua neta, pela qual demonstrou muito amor e carinho. A idosa morava no segundo andar de uma casa de dois andares, composta por sala, copa, cozinha, banheiro e um quarto, cujo acesso se dava através da subida de longos vinte e cinco degraus. Wanda Sá foi diagnosticada com Doença de

Crohn há três anos e teve que aprender a se autocuidar em seu domicílio, a fim de evitar os agravos decorrentes da doença. Relatou ser católica e que a religiosidade a deixa muito conformada com as ocorrências da vida, o que segundo ela facilita o autocuidado. Disse ter participado de apenas um grupo educativo realizado no HU/UFJF, devido ao fato de não ter como se deslocar até o local do encontro. Wanda tem três filhos e refere não gostar de atrapalhar a rotina deles com seus compromissos e cuidados. Para a realização das atividades do lar, a idosa conta com o auxílio de uma ajudante, a qual faz a limpeza e cuida da alimentação de Wanda no turno da manhã. Durante a parte da tarde, Wanda se ocupava com seus bordados e trabalhos manuais, atividade que estava sendo prejudicada devido ao tremor nos membros superiores.

5.3.12 Elis Regina – Desafios no combate ao câncer de pele

A décima segunda visita domiciliar (VD 12) foi à Elis Regina, 68 anos, viúva, descendência alemã, branca, alta, magra, cabelos curtos, grisalhos e ondulados, olhos azuis e muito comunicativa. Morava sozinha em uma bela casa na Zona Sul da cidade desde o falecimento do seu marido. A casa em que morava tinha um lindo jardim na parte anterior, com flores coloridas e duas árvores; casa estilo colonial, ampla, com sala, copa, cozinha, banheiro e quarto, construída com o auxílio da herança que ganhou de seu pai. Possuía um casal de filhos que moravam em outra cidade e a visitavam com frequência. Elis Regina se ocupava com a fabricação de biscoitos decorados para datas especiais. A idosa foi diagnosticada por três vezes com câncer de pele em regiões da face, passando por cirurgia para remoção. Demonstrava não se preocupar muito com os cuidados preventivos da doença, informando esquecer por vezes de passar protetor solar e fazer uso de chapéu para proteção quando havia a necessidade de exposição ao sol. Relatou não ter tido dificuldades para aceitar o câncer de pele, uma vez que tinha consciência de que esse agravo à saúde era consequência de práticas indevidas em sua juventude (refere ter tido insolação por três vezes em viagens). Confessou não participar de grupos educativos que lhe orientem quanto aos cuidados com a saúde, devido a compromissos que tem com a igreja que frequenta e refere, de maneira enfática, não ter tido contato com profissionais da enfermagem durante todo o processo de

tratamento do câncer de pele, desconhecendo assim a importância dessa profissão no seu processo saúde-doença.

5.4 Trabalho de campo

5.4.1 Primeira etapa:

Na primeira etapa da coleta de dados, tornou-se necessário a busca ativa dos participantes do estudo nos prontuários eletrônicos e nas consultas de enfermagem realizadas no ambulatório de Geriatria e Gerontologia do HU/UFJF, a fim de selecionar os idosos com DCNT que demandavam cuidados específicos de enfermagem no domicílio.

5.4.2 Segunda etapa:

A segunda etapa consistiu em compreender as necessidades de educação terapêutica para o autocuidado do ponto de vista dos idosos que conviviam com doenças crônicas; em identificar o conhecimento que o idoso possuía acerca da doença, seus tratamentos e cuidados de promoção da saúde e prevenção de complicações; e compreender como o idoso aplicava em sua vida cotidiana os conhecimentos de promoção da saúde e prevenção das complicações das doenças crônicas resultantes de práticas educativas institucionalizadas.

Para alcançar estes objetivos utilizou-se da técnica de VD e a técnica de observação participante, para que fosse possível constituir um momento de privacidade entre pesquisador e participantes da pesquisa, proporcionando um ambiente acolhedor para a captação dos dados. Assim, a coleta de dados ocorreu nos domicílios, mediante consentimento prévio e agendamento por contato telefônico.

A observação participante é uma das técnicas utilizadas nas pesquisas qualitativas e consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os participantes, a fim de partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação (QUEIROZ et al, 2007).

As principais características da observação participante dizem respeito ao fato de o pesquisador se aprofundar no campo, que observará a partir de uma

perspectiva de membro, mas deverá, também, influenciar o que é observado graças a sua participação (FLICK, 2009).

A observação é importante para se apreender o que não pode ser dito ou escrito, como o ambiente, comportamentos e a linguagem não verbal, tendo como objetivo conhecer e compreender a realidade. Ela exige treinamento de memória, sendo essencial a tomada de pequenas notas em um diário de campo, a fim de melhor captar as informações para a pesquisa, que devem, posteriormente, ser expandidas (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Nesta pesquisa se considerou que a observação foi participante, pois a pesquisadora observou durante as VDs que todos os idosos se preparavam para recebê-la no domicílio e, mesmo de forma não intencional, sua presença modificava o ambiente. A pesquisadora também observou que por vezes, os idosos eram carentes de orientações sistematizadas nos domicílios e, geralmente, aproveitavam sua presença para esclarecer dúvidas e conseguir orientações e apoio.

Além da observação participante, foi realizada uma entrevista semiestruturada contendo perguntas disparadoras, seguindo-se um roteiro desenvolvido previamente pelo entrevistador (Apêndice E), o qual constituiu um importante instrumento para a pesquisa, pois estabeleceu um diálogo dirigido entre a pesquisadora e os participantes, além de proporcionar a obtenção de dados subjetivos e objetivos.

Assim, podem-se observar as expressões não verbais, as pausas, tom de voz e até mesmo emoções expressas pelos participantes, tornando mais rica a coleta de dados. A entrevista foi gravada em meio digital e, posteriormente, transcrita de forma fidedigna para não perder a essência das respostas.

Cada visita domiciliar com observação participante durou aproximadamente duas horas e concluía-se com a entrevista gravada, norteadas pelo roteiro. Nesse momento, eram reexplicados os objetivos do trabalho de campo, fazendo-se a leitura do TCLE, juntamente com o sujeito participante, que, posteriormente, o assinava, ficando com uma via.

É importante que se destaque que à medida que foram coletados, os dados foram submetidos à análise concomitante, visando à saturação teórica, a qual possibilitou a emergência de grupos amostrais. Esse procedimento na TFD denomina-se comparação constante. Quando se identificou a saturação dos dados, quando nenhuma outra informação acrescentou ou modificou as já existentes, iniciou-se a

análise mais aprofundada e sistematizada de todos os dados dos grupos amostrais (STRAUSS; CORBIN, 2008).

5.5 Análise dos dados

As notas de campo e as entrevistas foram transcritas e, minuciosamente, lidas e interpretadas, de forma a se obter uma codificação que permitiu identificar os principais temas que atendessem aos objetivos deste estudo. As unidades temáticas foram organizadas em categorias, tendo sido sistematizadas e analisadas a partir do referencial teórico do estudo, em vistas a alcançar os objetivos propostos.

A análise dos dados da segunda etapa se deu mediante três tipos de codificação, a saber, codificação aberta, axial e seletiva. Na primeira, as entrevistas foram examinadas minuciosamente e analisadas linha por linha, parágrafo por parágrafo para que os primeiros códigos fossem extraídos, sendo que cada trecho que representava um fenômeno, foi selecionado e codificado com um termo que o simbolizasse. Pelo processo de comparação, os códigos identificados foram agrupados por similaridades e diferenças, formando as subcategorias. Com o avanço da análise, as categorias foram construídas, recodificadas, combinadas e comparadas entre si. A última fase buscou identificar a categoria central, determinando e validando sua relação com as outras categorias e destas entre si. Nesse sentido a categoria central representa o elo com as demais (STRAUSS, CORBIN, 2008).

Utilizou-se um *software*, o programa OpenLogos na versão 1.0.2, pela necessidade de organizar os dados a partir dos textos extensos e não estruturados, gerados através das transcrições de entrevistas, observação participante e notas de campo registradas em um diário de campo. Todas essas informações foram associadas e trabalhadas dentro das categorias de análise e agrupadas aos vários trechos identificados, através da similaridade.

5.6 Cuidados éticos

Esta investigação obedeceu às normas de Pesquisa com Seres Humanos, segundo a Resolução CNS nº 466/2012. Esta resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, e visa assegurar os direitos e deveres que

dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012). Neste sentido, foi elaborado um TCLE para a autorização da participação voluntária dos sujeitos da pesquisa no atendimento proposto e para a entrevista. Em tal instrumento é descrito o objetivo da pesquisa, bem como todo o procedimento que será desenvolvido.

Os participantes foram tratados com dignidade, respeitados em sua autonomia e em sua vulnerabilidade, objetivando-se a garantia dos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos na pesquisa. Considerando que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos, buscou-se a ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, assumindo o compromisso com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, garantia de que danos previsíveis fossem evitados, como também de vantagens significativas para os participantes da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, conforme parecer consubstanciado sob número 288.843, publicado na Plataforma Brasil (ANEXO B).

Atendidos todos os requisitos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos. O material gravado durante a coleta de dados, os TCLE e todos os dados produzidos em arquivo físico ou digital durante a pesquisa serão guardados, sob a responsabilidade do coordenador da pesquisa, por um período de cinco anos após o seu término e, posteriormente, serão destruídos de forma adequada. Além disso, os resultados da pesquisa, assim que finalizados, estarão à disposição dos participantes e instituições envolvidas e serão encaminhados para publicação.

6 O CONTEXTO DE VIDA E O PROCESSO DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA PARA O AUTOCUIDADO DE IDOSOS COM DCNT

Neste item, apresenta-se a compreensão do contexto de vida e do processo de educação terapêutica para o autocuidado de idosos com DCNT que precisam se cuidar no domicílio resultante da análise dos dados coletados junto a essa população.

6.1 Codificação aberta

O processo analítico apresentado a seguir objetivou gerar conceitos advindos da experiência desses idosos, em vistas a reduzir, elaborar e relacionar os dados empíricos, o que pode ser definido como codificação segundo a abordagem metodológica da TFD. Tomando esta abordagem como referência, utilizou-se a concepção de Strauss e Corbin (2008) a qual propõem o processo analítico a partir de três tipos de codificação: a codificação aberta, em que os dados coletados são examinados e separados em busca de suas similaridades e diferenças; a codificação axial, na qual os dados que foram separados durante a codificação aberta são relacionados a categorias e a subcategorias; e a codificação seletiva, que é a etapa em que ocorre o processo de integrar e refinar a teoria.

Assim, após a transcrição das entrevistas, os dados gerados passaram pela primeira etapa da codificação, denominada codificação aberta, que é, segundo Strauss e Corbin (2008, p.103), “o processo analítico por meio do qual os conceitos são identificados e suas propriedades e suas dimensões são descobertas nos dados”. A codificação aberta foi realizada através da análise linha por linha e envolveu esforços para o exame minucioso de dados, frase por frase, palavra por palavra, visando sempre captar o ponto de vista dos participantes sobre o fenômeno pesquisado.

Nesta etapa da análise, cujo material empírico pode ser codificado em tantos códigos quanto possível e todos os dados são passíveis de codificação, emergiram a partir da análise dos dados coletados um total de 35 códigos, o que pode ser visualizado no quadro 1.

QUADRO 1: Codificação aberta: geração de 35 códigos relacionados à questão em investigação. Juiz de Fora – MG, 2014.

Nº	Dados empíricos - extraídos de entrevistas com os participantes	Códigos
1	<i>Ah, eu acho que é minha boa vontade [fator que ajuda no autocuidado]. A minha e a da minha esposa também que fica me corrigindo, fica com um pouquinho de medo. Então, eu acho que é a força minha e de quem está ao meu redor, né? A turma do HU... Os meus remédios eu deixo de pagar os outros, mas não me esqueço dos meus remédios. Eu tenho muita força sim. Eu tenho força no AA, eu tenho força no HU, a médica e a equipe dela. E isso é muito importante na vida da gente. Por que eu parei de beber? Porque eu tive força no AA! Se não fosse o AA, eu não tinha parado de beber não. Então, eu estou cuidando da minha saúde através dos médicos, do SUS aqui no posto médico de São Judas Tadeu. Mas o que eu aprendi mesmo foi lá no CAS. O meu patrono é o CAS. Lá eles me ensinaram como é que é. Lá é gostoso, então é por isso que eu estou sentindo essa força (Caetano Veloso).</i>	Influências positivas no autocuidado terapêutico
2	<i>Agora eu como pouco, uma colher de arroz só, e eu gosto de arroz, gosto muito de arroz. Mas é uma colher só de arroz que eu como. Eu como pouco e não janto. Não sei como a nutricionista está querendo o meu peso não. Mas eu tento. Como de três em três horas (Cynthia Mendes).</i>	Aplicação positiva das orientações de apoio e educação terapêutica no cotidiano
3	<i>Quem é idoso vive porque crê no dia de amanhã e quem é velho só crê na noite (risos). Eu não estou velha, eu falo isso de verdade, minha filha. A pessoa fica velha, quando ela acha que é velha e acha que não precisa fazer mais nada. Tem hora que eu paro e falo, ah, eu sou feliz, pois eu levanto cedo de manhã e tenho forças para cuidar da minha saúde (Nara Leão).</i>	Perspectiva positiva do envelhecimento
4	<i>Bom, eu vi que eu estava doente e que eu tinha que restabelecer minha saúde, então eu vi por mim que eu tinha que fazer isso. Eu tinha que lutar contra esses probleminhas. E eu estou lutando, vamos ver no que vai dar... Estamos nos dando bem até agora (Tom Jobim).</i>	Tomada de consciência e enfrentamento das consequências das DCNT
5	<i>É, tem hora que eu penso assim 'Ih, é muita coisa [medicação]', e se chegar uma hora que eu não me lembrar desses remédios? (risos) Às vezes faz uma confusão na cabeça da gente, mas por enquanto eu estou dando conta, sabe? (Claudette Soares).</i>	Complexidade terapêutica
6	<i>A nutricionista me deu o nome de um adoçante azul, não posso comprar o vermelho porque ele é doce mesmo, demais. Ela falou para eu comprar o azul, mas eu não achei também... Enquanto eu puder comer biscoito doce e beber café amargoso eu prefiro (risos) (Eliana Pittman).</i>	Internalização distorcida dos conceitos
7	<i>Eu gosto muito de música, gosto muito da minha comidinha, de fazer meu cafezinho, gosto de lavar muito minhas vasilhinhas. E agora eu to sentindo que eu, de uns anos para cá, eu estou cansando. Às vezes, eu</i>	Limitações atribuídas ao envelhecimento

	<i>estou com o braço que não está aquela firmeza; às vezes, eu vou fazer um serviço eu sinto dor, eu estou sentindo um pouco cansada. Eu penso assim 'É, Elizeth, você está envelhecendo agora... A velhice chegou!' (risos) (Elizeth Cardoso).</i>	
8	<i>Então é isso, você reconhecer que você tem limite. Eu limpava casa, lavava roupa e ajudava o meu marido na lanchonete, tudo no mesmo dia. Hoje eu preciso de duas mãos para carregar um balde. Eu usava um balde em cada mão, hoje eu preciso de duas mãos para carregar um balde. E o balde mais vazio (risos)... Senão não aguenta. E é muito ruim! (Elis Regina).</i>	Perspectiva negativa do envelhecimento
9	<i>Minha filha eu já passei até a comer com a mão esquerda, porque treme menos. Eu vou te contar, pego o garfo, a colher. Não tenho problema para comer mais não... (Wanda Sá).</i>	Estratégias para realizar o autocuidado terapêutico
10	<i>Meu filho coloca todas as medicações nas caixinhas, então é só chegar ali e pegar, mas quando eu esqueço [da medicação], a ajudante me lembra (Cynthia Mendes).</i>	Dependência de um cuidador no domicílio
11	<i>Eu posso falar com qualquer um o que é a diabetes, a maioria não adianta falar, a diabetes mata, ela aleja, mata, dá derrame, ataca o corpo todo, certo? Aí o que acontece? A pessoa vai embora, morre... (Caetano Veloso).</i>	Conhecimento acerca da sua DCNT
12	<i>A gente cria uns hábitos difíceis. Estamos acostumados a comer tudo misturado, tudo junto. Aí depois para você acostumar, se reeducar, é difícil, não é fácil não. A gente padece um pouquinho para readaptar a essa nova maneira. Mas é importante a gente ter a consciência disso, que tem que evitar, porque as consequências do descuido e do descaso são graves (Claudette Soares).</i>	Conhecimento acerca dos cuidados de promoção da saúde
13	<i>Eu fico tomando os remédios de acordo com o que está na receita. Eu procuro seguir direitinho. Eu deixo até a receita por perto (Claudette Soares).</i>	Conhecimento do idoso acerca do tratamento
14	<i>Eu tomo banho, enxugo no meio dos dedos dos pés, procuro usar meia mais clara, porque me falaram que nas meias claras qualquer probleminha consta na meia. Eu ando muito calçado, eu andava mais de chinelo, agora eu estou usando mais calçado fechado (Tom Jobim).</i>	Conhecimento do idoso acerca dos cuidados de prevenção de agravos
15	<i>Tem uma farmácia aqui perto que o dono chamava Paulinho, ele era igual médico, qualquer coisa que eu sentia ele passava um remédio pra sarar. Ele pegou a diabetes e em pouco tempo cortou a perna, demorou mais de um mês e foi embora. Agora você vê... Era dono da farmácia, era um excelente farmacêutico, era igual um médico. Não cuidou porque tem muita gente que não sabe o que é a Diabetes (Caetano Veloso).</i>	Aprendizagem a partir da experiência de terceiros
16	<i>Bom, se me falaram eu esqueci [o que é a pressão alta], só me falaram que eu tinha que tomar remédio. Outro</i>	Desconhecimento

	<i>dia o médico me perguntou se eu era hipertensa e eu disse que não, aí depois ele me disse que era a mesma coisa que pressão alta... Eu ri muito! (Cynthia Mendes).</i>	acerca da DCNT
17	<i>Eu nunca tive [informação sobre HAS] eu nunca tive essa informação... O porquê de ter pressão alta... Isso eu vou saber agora com você! (Nara Leão).</i>	Falta de informações fornecidas ao idoso
18	<i>É a gente evitar ter quedas, de machucar, se eu tenho que tomar meus remédios eu não posso esquecer, é uma coisa que eu não posso ficar sem, eu tenho consciência disso, e a gente evitar machucar, de quebrar, de cair, entendeu (Leila Pinheiro).</i>	Consciência sobre ações de autocuidado terapêutico
19	<i>Teve um dia que eu saí daqui de casa nervosa [por ter brigado com o filho], parei lá na policlínica! Aí a enfermeira me perguntou se eu tinha ido sozinha... Eu não aguentava nem falar, eu chorava, ficava com aquele nó na garganta. Olharam minha pressão e eu estava com quase 22 de pressão naquele dia. Estava muito alta! (Maria Betânia).</i>	Sobrecarga emocional
20	<i>Tenho medo de morrer, tenho medo de ficar velha e não poder fazer as coisas, e fico nervosa por causa disso. Tenho medo sim. Às vezes acordo de madrugada e me dá aquela angústia em saber que eu estou sozinha. É a depressão né? (Gal Costa).</i>	Medo da morte
21	<i>Eu tenho um pavor enorme [de ter que realizar hemodiálise], uma coisa sem explicação, nem eu consigo explicar. Um pavor muito grande! (Leila Pinheiro).</i>	Medo de piora do quadro clínico
22	<i>Fui uma vez no encontro da geriatria lá no CAS, mas não fui mais porque ficou difícil para minha filha me levar, ficar esperando e depois me trazer, fica difícil, então eu desisti. Até a médica falou que ia ter o encerramento, e que se eu quisesse ir. Para mim ficava difícil (Wanda Sá).</i>	Sentimento de sobrecarga à família
23	<i>Às vezes, eu esqueço [tomar a medicação]. Tem medicações que eu tomo três vezes por dia, aí depois do café eu tenho que tomar o remédio, mas, às vezes, eu me esqueço de tomar, só vou lembrar na hora do outro, do da noite. E às vezes eu me esqueço do da noite também. Vejo televisão, vou deitar e esqueço o remédio. Mas não é todo dia não... É uma vez ou outra (Gal costa).</i>	Esquecimento
24	<i>Ninguém me ensinou assim não [aplicação da insulina]. Por exemplo, ela punha lá [receita] as gotas que eu tinha que tomar, 16 ml, é um negócio assim, pouquinho (Eliana Pittman).</i>	Despreparo para o autocuidado
25	<i>A artrite eu sentia dores mais ou menos. Aí eu tomava remédio para dor... Tomava por minha conta mesmo... (Gal Costa).</i>	Automedicação

26	<i>Mas não fiquei neurótica não, fiquei preocupada, as mesmas manchas que ela tinha eu tenho... Ainda tenho né? Na perna... Essa que ela tirou aqui do lado eu também tirei. A das costas foi a que eu tirei. Nós tínhamos uma perto do cabelo, aí eu aproveitei e tirei essa aqui também. Mas aí passou, o medo passou... Não fiquei neurótica não (Elis Regina).</i>	Falta de preocupação diante da DCNT
27	<i>Lá [UPA] é tão difícil. Você chega lá 22h e vai sair quase meia noite... É difícil demais! (Maria Betânia).</i>	Críticas sobre funcionamento de serviço de Saúde
28	<i>Não, com a enfermagem não, só com a medicina. Na geriatria que eu não sei... São enfermeiras? Você é enfermeira? Aquela que fala muito sobre tombos. Então ela é da educação física. Além de você tem mais alguma enfermeira lá? (Elis Regina).</i>	Desconhecimento sobre o papel de cada profissional da equipe de saúde
29	<i>Ah, eu procuro o médico [quando tem dúvidas a respeito dos cuidados a saúde]... Eu marco no posto ali embaixo. Eu vou ao posto e peço encaminhamento (Gal Costa).</i>	Médico como referência de cuidados a saúde
30	<i>Agora que eu to tendo alguma informação com você [nas consultas de enfermagem], sobre a doença, porque a doença, quais são os procedimentos que o paciente tem que tomar, o que fazer... A gente só encontra aquele negócio: não come sal, não come gordura e acabou... Você não sabe de nada mais, você não fica nem sabendo... (Nara Leão).</i>	Busca e obtenção por educação em saúde
31	<i>Olha, eu já sabia um pouquinho, mas eu aprendi muito com vocês lá, aprendi muito mesmo! Porque a explicação que dá, tem dia que é de nove e pouca às onze e meia. Tem dia que passa de meio dia, quer dizer, todas elas... Falou da diabetes, da hipertensão, falou da educação, da educação que a gente tem que ter com o alimento, do que a gente pode comer e do que não pode; e falou de várias coisas, tudo que ensinou da limpeza que a gente tem que ter com o corpo da gente, com a casa da gente, com a comida, como a gente tem que preparar. E se a gente já sabe um pouquinho, uma hora a gente vai cuidar, não é? (Elizeth Cardoso).</i>	Reconhecimento de apoio e suporte
32	<i>O que me atrapalha muito é às vezes não ter um apoio mais legal. Apoio da família... Às vezes me apoiam em certas coisas, às vezes tem coisas que fica a desejar (Gal Costa).</i>	Falta de apoio familiar
33	<i>A alimentação no controle certo... Comecei a controlar a alimentação e acelerar a caminhada e a insulina. Graças a Deus tem 11 anos que eu não sinto nada, ela não sobe, nem desce tudo normal, graças a Deus. Eu sei o que me ajuda primeiro é Deus depois é a insulina e a caminhada (Caetano Veloso).</i>	Religiosidade como apoio e suporte
34	<i>Ah, eu acho que [se precisasse de apoio] seria mais das minhas irmãs do que dos meus filhos. Todos os dois 'fariam das tripas coração', muito sacrifício para me ajudar. Se não fosse essa herança que eu recebi, essa</i>	Preocupação do apoio financeiro para o

	<i>herança que o meu marido me deixou, a vida ia ficar bem complicada. Mas eles teriam que fazer muito sacrifício para me ajudar. Agora minha irmã do meio, financeiramente, ela é mais tranquila. Ela me ajudaria, o marido dela me ajudaria (Elis Regina).</i>	autocuidado
35	<i>Só lá no HU né [participação em grupos de educação terapêutica]? Nas nossas reuniões lá da médica, do grupo dela. Lá eles falam muito sobre a assistência social, sobre o diabético, colesterol, pressão. Tem os slides que eles passam lá e nós prestamos muita atenção. Isso para mim foi uma descoberta muito bacana, porque até então eu tomava o remédio, mas lá eles dão o remédio e explicam o efeito como é que tem que manifestar, evitar comer certas coisas. Tem aquele que tem as pirâmides né? Da gordura no fígado... Então eu presto muita atenção lá e é onde está me esclarecendo mais... Que é lá no HU, na reunião nossa lá, da médica e de toda sua equipe né, claro (Tom Jobim).</i>	Aprendizagem do autocuidado através da participação em grupos educativos

Fonte: A autora.

6.2 Codificação axial

Concomitante e após a codificação aberta, buscou-se a formação e o desenvolvimento de conceitos. Nesse estágio, um referencial conceitual foi gerado usando os dados como referência (STRAUSS; CORBIN, 2008). Assim, para cada código foi gerado um conceito relacionado, de forma a identificá-lo através dos dados coletados (QUADRO 2).

QUADRO 2 - Codificação axial: formando conceitos sobre o contexto de vida e o processo de educação terapêutica para o autocuidado de idosos com DCNT. Juiz de Fora – MG, 2014.

Nº	Códigos	Base conceitual da análise
1	Influências positivas no autocuidado terapêutico	Aspectos positivos que influenciam a realização do autocuidado pelo idoso: presença de apoio social, auxílio de algum ente querido.
2	Aplicação positiva das orientações de apoio e educação terapêutica no cotidiano	Aplicação correta no cotidiano das atividades e ações orientadas pela equipe de saúde, em especial a enfermagem, durante as consultas individuais e as atividades em grupos educativos em vistas ao autocuidado.
3	Perspectiva positiva do envelhecimento	Visão positiva do idoso diante o envelhecimento no que envolve a presença de uma doença crônica não transmissível.
4	Tomada de consciência e enfrentamento das consequências das DCNT	Comportamento e sentimentos expressos pelo idoso diante da doença crônica não transmissível e suas repercussões no cotidiano.
5	Complexidade terapêutica	Aspectos que dificultam a realização do autocuidado pelo idoso: esquecimento, falta de auxílio, dificuldade de locomoção, não adaptação à dieta prescrita e outros.
6	Internalização distorcida dos conceitos	Aplicação incorreta ou a não aplicação no cotidiano das atividades e ações orientadas pela equipe de saúde, em especial a enfermagem, durante as consultas individuais e as atividades em grupos educativos em vistas ao autocuidado.
7	Limitações atribuídas ao envelhecimento	Aspectos negativos que limitam o idoso a realizar o autocuidado e algumas atividades do cotidiano: dificuldade de locomoção, dores pelo corpo, tremores, esquecimento e outros.

8	Perspectiva negativa do envelhecimento	Visão negativa do idoso diante o envelhecimento no que envolve a presença de uma doença crônica não transmissível.
9	Estratégias para realizar o autocuidado terapêutico	Mecanismos alternativos utilizados pelo idoso na tentativa de se autocuidar.
10	Dependência de um cuidador no domicílio	Situação em que há uma pessoa que auxilia o idoso nos cuidados diários no domicílio.
11	Conhecimento acerca da sua DCNT	Situação em que o idoso demonstra domínio a respeito do seu processo de saúde-doença: quando o idoso tem conhecimento a respeito da sua doença, como surgiu, quais os principais cuidados em relação a sua saúde.
12	Conhecimento acerca dos cuidados de promoção da saúde	Situação em que o idoso demonstra domínio a respeito dos cuidados relacionados à promoção e manutenção da sua saúde.
13	Conhecimento do idoso acerca do tratamento	Situação em que o idoso demonstra domínio a respeito dos cuidados relacionados ao tratamento da sua doença: cuidados na administração da medicação, dieta, aplicação de insulina.
14	Conhecimento do idoso acerca dos cuidados de prevenção de agravos	Situação em que o idoso demonstra domínio no que se refere aos cuidados a sua saúde relacionados à prevenção de complicações.
15	Aprendizagem a partir da experiência de terceiros	Evidências de cuidados aprendidos a partir de experiência de terceiros, ocasionando a aquisição de habilidades do idoso em seu dia a dia.
16	Desconhecimento acerca da DCNT	Situação em que o idoso não demonstra domínio a respeito do seu processo de saúde-doença: quando o idoso não tem conhecimento a respeito da sua doença, como surgiu, quais os principais cuidados em relação a sua saúde.
17	Falta de informações fornecidas ao idoso	Representa o relato dos idosos referentes à falta de informação dada pela equipe de saúde a respeito, por exemplo, da patologia e dos principais sinais e sintomas, quando diagnosticada a DCNT.
18	Consciência sobre ações de autocuidado terapêutico	Definição, na perspectiva dos idosos com DCNT, do conceito de autocuidado, de cuidar de si.
19	Sobrecarga emocional	Estado manifestado por sinais de estresse, nervosismo, ansiedade, tristeza e tensão associado ao processo de autocuidado terapêutico oriundo a partir do surgimento da DCNT quando comparado ao estilo vida anterior.

20	Medo da morte	Sentimento apresentado pelo idoso diante da velhice na presença de um quadro patológico e o pensamento a respeito do fim da vida.
21	Medo de piora do quadro clínico	Sentimento relacionado à dificuldade de realizar o autocuidado diante a complexidade do quadro clínico relacionado a processo de envelhecimento e ao surgimento da doença crônica não transmissível.
22	Sentimento de sobrecarga à família	Conjunto de sentimentos negativos vivenciados e expressados pelo idoso quando se referia à sobrecarga que gerava a sua família quando esta dispndia tempo/gastos no cuidado com o mesmo.
23	Esquecimento	Situação em que o idoso relata não se lembrar de ações específicas a serem realizadas em prol do seu cuidado, podendo ocasionar agravos à saúde.
24	Despreparo para o autocuidado	Falta de conhecimentos ou de habilidades do idoso para realizar os cuidados que necessita.
25	Automedicação	Situação em que o idoso ingere medicamentos por conta própria em seu domicílio, sem o acompanhamento e suporte da equipe de saúde.
26	Falta de preocupação diante da DCNT	Situação em que o idoso demonstra não se preocupar com a presença de uma DCNT e com os cuidados para prevenir complicações.
27	Críticas sobre funcionamento de serviço de Saúde	Repasse da carga de cuidados ao idoso, sem o suporte adequado e sem a presença de uma assistência domiciliar, com atuação mínima da equipe de saúde, levando à sobrecarga do idoso.
28	Desconhecimento sobre o papel de cada profissional da equipe de saúde	Situação em que o idoso não identifica a atuação dos diversos profissionais da equipe de saúde no seu autocuidado terapêutico.
29	Médico como referência de cuidados a saúde	Quando se observa que a figura do médico é referência principal para apoio e capacitação no que tange os cuidados com a saúde.
30	Busca e obtenção por educação em saúde	Percurso realizado pelo idoso em busca por informações e esclarecimento de dúvidas sobre os cuidados com a sua saúde.
31	Reconhecimento de apoio e suporte	Rede de apoio social externada pelo idoso como referência em momentos de necessidade de apoio aos cuidados com a saúde: auxílio direto na demanda de

		cuidados do idoso.
32	Falta de apoio familiar	Realidade externada pelo idoso acerca de sua realidade familiar: quando os membros da família não são presentes para o auxílio das demandas de autocuidado do idoso.
33	Religiosidade como apoio e suporte	Representam as manifestações do idoso em relação a sua fé, apresentando-a como forma principal de suporte no enfrentamento da doença.
34	Preocupação do apoio financeiro para o autocuidado	Situações em que o idoso apresenta dificuldades com aumento de custos e comprometimento do seu orçamento, podendo ou não contar com o apoio da família.
35	Aprendizagem do autocuidado através da participação em grupos educativos	Comportamento de busca do idoso por grupo: intervenção educativa junto aos idosos com a realização de trocas de experiência e construção de pensamento crítico sobre temas ligados ao envelhecimento.

Fonte: A autora.

6.3 Codificação seletiva

Após essa segunda etapa, prosseguiu-se para a codificação seletiva, a fim de refinar os dados para que pudessem atender às questões do estudo. Para Strauss e Corbin (2008, p. 143), “a codificação seletiva é o processo de integrar e de refinar categorias”. Nesta etapa, os códigos foram agrupados de acordo com suas semelhanças e cada grupo foi se constituindo em uma categoria para o estudo, com suas subcategorias relacionadas.

Assim, a codificação seletiva constituiu-se no processo de integrar os 35 códigos, condensando-os de forma a construir as quatro grandes categorias do estudo, com suas subcategorias relacionadas, mostrando o fenômeno “Autocuidado de idosos portadores de DCNT no ambiente domiciliar com ênfase para o processo de educação terapêutica” (QUADRO 3).

QUADRO 3 – O autocuidado de idosos com DCNT no ambiente domiciliar com ênfase para o processo de educação terapêutica. Juiz de Fora – MG, 2014.

CATEGORIA 1 - O AUTOCUIDADO DO IDOSO COM DCNT EM CONTEXTO DOMICILIAR		
SUBCATEGORIA 1	Aspectos positivos vivenciados no autocuidado terapêutico	Influências positivas no autocuidado terapêutico
		Aplicação positiva das orientações de apoio e educação terapêutica no cotidiano
		Perspectiva positiva do envelhecimento
		Tomada de consciência e enfrentamento das consequências das DCNT
SUBCATEGORIA 2	Aspectos negativos vivenciados no autocuidado terapêutico	Complexidade terapêutica
		Internalização distorcida dos conceitos
		Limitações atribuídas ao envelhecimento
		Perspectiva negativa do envelhecimento
SUBCATEGORIA 3	Estratégias de ação realizadas no domicílio para o autocuidado terapêutico	Estratégias para realizar o autocuidado terapêutico
		Dependência de um cuidador no domicílio
CATEGORIA 2: TORNANDO-SE CONHECEDOR DE SI MESMO		
SUBCATEGORIA 1	Conhecimento acerca do processo saúde-doença: uma ferramenta para	Conhecimento acerca da sua DCNT
		Conhecimento acerca dos cuidados de promoção da saúde
		Conhecimento do idoso acerca do tratamento

	o autocuidado terapêutico	Conhecimento do idoso acerca dos cuidados de prevenção de agravos Aprendizagem a partir da experiência de terceiros
SUBCATEGORIA 2	Lacunas no conhecimento acerca do processo saúde-doença	Desconhecimento acerca da DCNT
		Falta de informações fornecidas ao idoso
		Consciência sobre ações de autocuidado terapêutico
CATEGORIA 3 – NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA DO IDOSO COM DCNT		
SUBCATEGORIA 1	Tensão do idoso para o autocuidado terapêutico	Sobrecarga emocional
		Medo da morte
		Medo de piora do quadro clínico
		Sentimento de sobrecarga à família
SUBCATEGORIA 2	Demandas específicas de educação terapêutica	Esquecimento
		Despreparo para o autocuidado
		Automedicação
		Falta de preocupação diante da DCNT
CATEGORIA 4 – APOIO E SUPORTE AO IDOSO COM DCNT		
SUBCATEGORIA 1	Sistema de saúde frente ao idoso com DCNT	Críticas sobre funcionamento de serviço de Saúde
		Desconhecimento sobre o papel de cada profissional da equipe de saúde
		Médico como referência de cuidados a saúde
		Busca e obtenção por educação em saúde
SUBCATEGORIA 2	Possibilidades de apoio e suporte	Reconhecimento de apoio e suporte
		Falta de apoio familiar
		Religiosidade como apoio e suporte
		Preocupação do apoio financeiro para o autocuidado
		Aprendizagem do autocuidado através da participação em grupos educativos

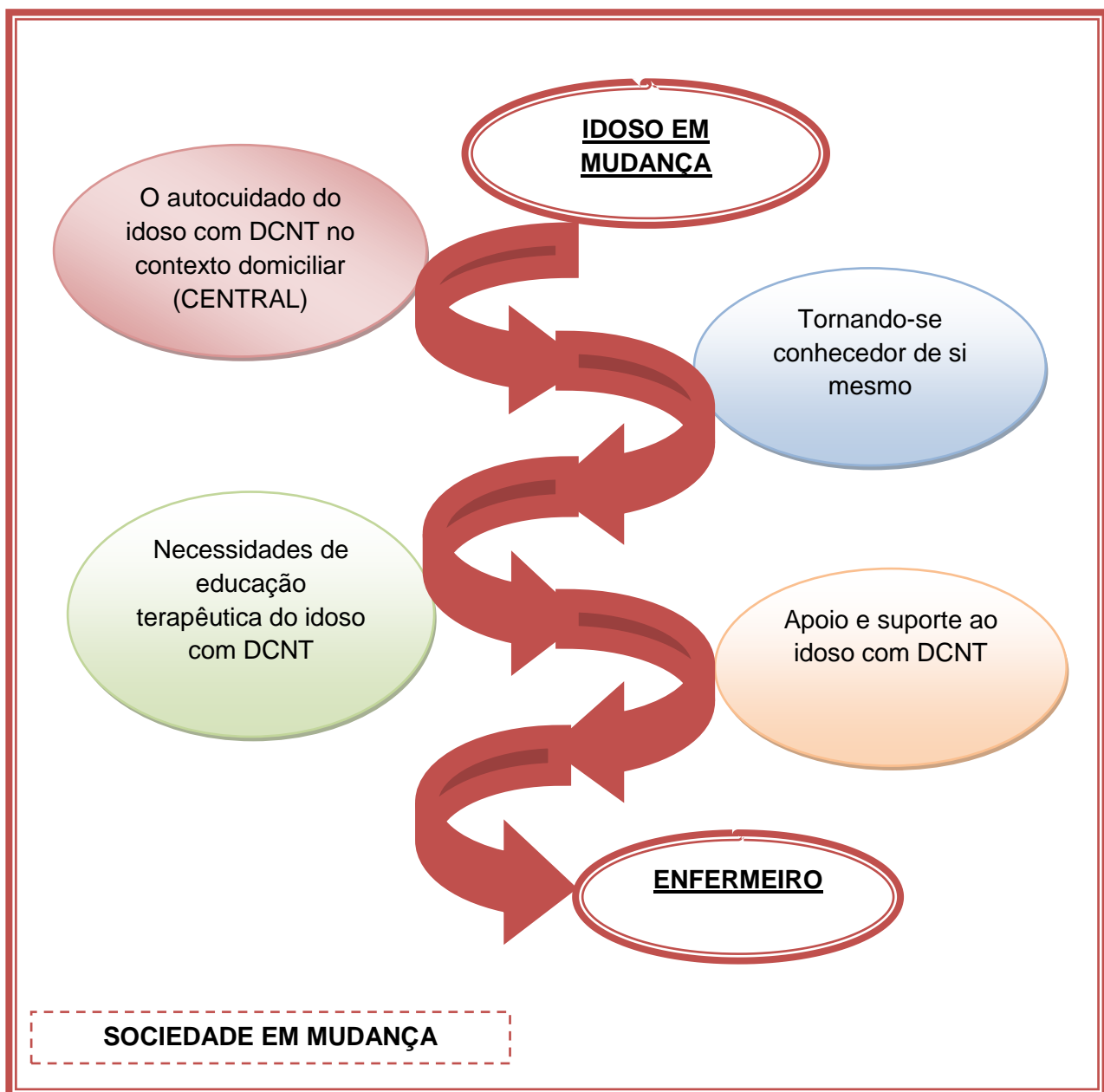
Fonte: A autora.

Destaca-se a categoria “O autocuidado do idoso com DCNT em contexto domiciliar”, como sendo a categoria central do estudo face às outras três categorias, que guardam, todavia, relações entre si (FIGURA 1).

À medida que o idoso desenvolve uma DCNT, surge a necessidade de que aprenda a se autocuidar no âmbito terapêutico em seu domicílio. Diante da vivência deste idoso na prática do seu autocuidado terapêutico, pode-se identificar o conhecimento desse indivíduo no que permeia aspectos relativos à promoção e manutenção da saúde e prevenção de agravos oriundos das DCNT. Emergem,

ainda, situações positivas e negativas que apontam necessidades de educação terapêutica institucionalizada. Diante dessas vivências e demandas, o idoso busca por apoio e capacitação e assim vai tornando-se cuidador de si mesmo. Nessa dinâmica de movimento, novas vivências e demandas vão surgindo ao longo do processo de cuidar, dando continuidade ao ciclo de busca por suporte e capacitação para o autocuidado, o qual deve ser orientado pelo enfermeiro junto a uma equipe interdisciplinar.

FIGURA 1 – Diagrama da representação da relação das categorias do estudo. Juiz de Fora – MG, 2014.



Fonte: A autora.

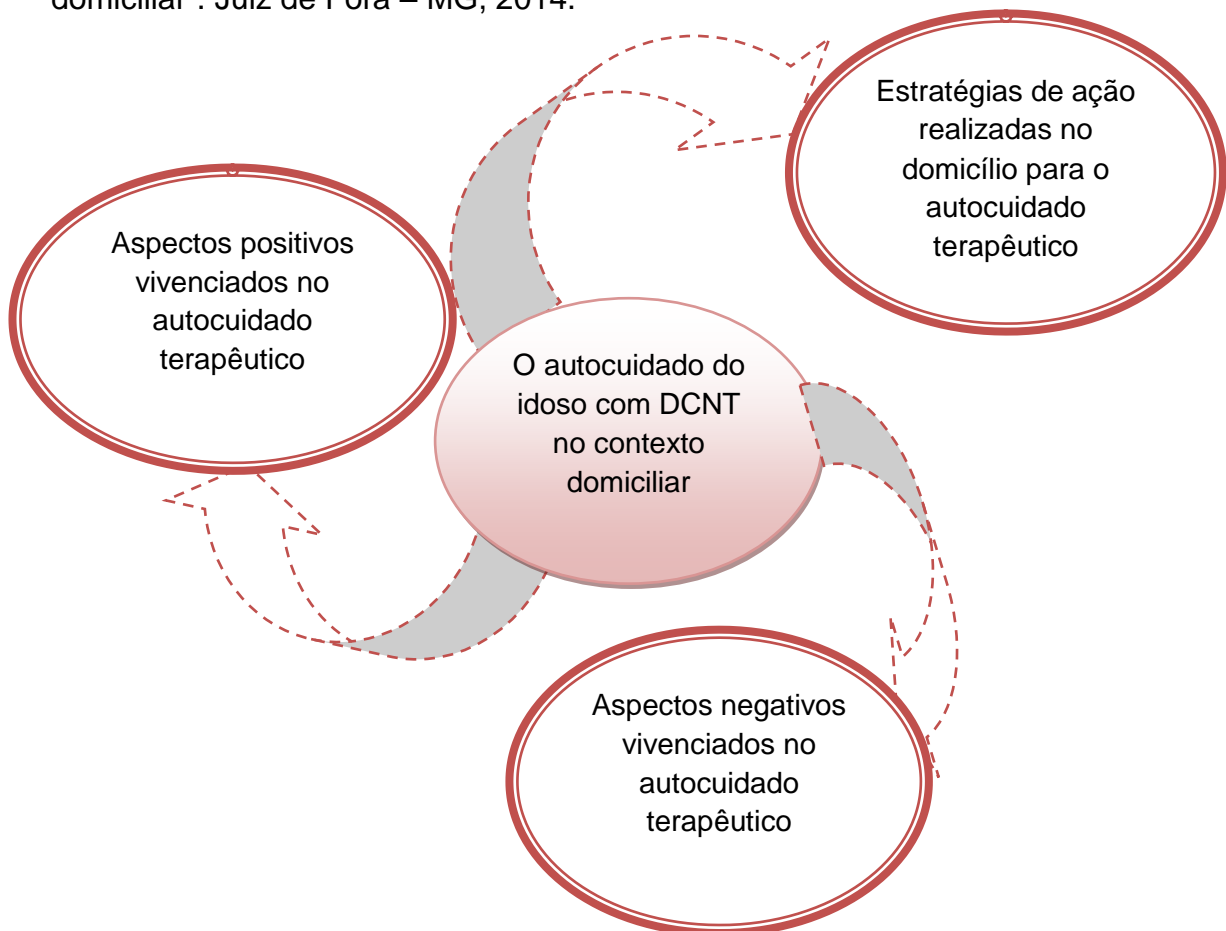
A seguir, apresenta-se a análise e discussão das quatro categorias formadas no estudo, com suas subcategorias relacionadas.

6.4 O autocuidado do idoso com DCNT no contexto domiciliar (central)

Esta primeira categoria favorece a compreensão a respeito de como ocorre o processo de autocuidado terapêutico que o idoso executa em seu domicílio, a partir do entendimento de como esse indivíduo aprende, apreende e aplica as orientações referentes ao seu cuidado fornecidas por intermédio das ações de educação terapêutica institucionalizada.

Aborda-se essa categoria através de três subcategorias: aspectos positivos vivenciados no autocuidado terapêutico; aspectos negativos vivenciados no autocuidado terapêutico; e estratégias de ação realizadas no domicílio para o autocuidado terapêutico.

FIGURA 2 – Diagrama da categoria “O autocuidado do idoso com DCNT no contexto domiciliar”. Juiz de Fora – MG, 2014.



Fonte: A autora.

6.4.1 Aspectos positivos vivenciados no autocuidado terapêutico

A partir das observações realizadas nos domicílios dos idosos com DCNT que tinham a necessidade de realizar cuidados específicos de enfermagem em casa a fim de manter e promover sua saúde, foi possível uma compreensão acerca de como esses indivíduos realizam esse autocuidado terapêutico, apontando aspectos positivos que devem ser destacados e estimulados pelos enfermeiros para que se tornem ferramentas auxiliares nesse cuidado.

As percepções de boa saúde e boas práticas de saúde variam amplamente entre a população que está envelhecendo. Os idosos têm as suas próprias crenças relativas ao que é normal e esperado com a idade. Enquanto alguns estão dispostos a aceitar o declínio da saúde como algo normal e esperado com o envelhecimento, outros não enfrentam essa situação de maneira positiva, fator que interfere diretamente no autocuidado. Assim, as percepções relativas ao envelhecimento afetam a motivação pessoal e a disposição para participar de atividades de manutenção da saúde (WORLD, 2013).

A aceitação do processo natural de envelhecimento e do surgimento das DCNT se apresentou entre os idosos participantes desse estudo como facilitador na adesão às práticas terapêuticas no domicílio. Apreende-se, assim, que a **perspectiva positiva do envelhecimento** estimula os idosos na busca por apoio, suporte e capacitação para o autocuidado terapêutico em vistas a proporcionar uma velhice com melhor qualidade de vida.

Eu cuidei. Tudo o que se falou comigo, eu cuidei. E eu procuro cuidar para poder, mais tarde, eu ficar uma velhinha mais esperta (Elizeth Cardoso).

E vou te falar, eu gosto muito de ler, gosto muito de fazer trabalho manual... Essa é a minha distração. E eu lá vou ficar pesando em doença? E vou ficar aborrecida, chorando pelos cantos? NÃO! Vamos viver! (Wanda Sá).

Quem é idoso vive porque crê no dia de amanhã e quem é velho só crê na noite (risos). Eu não estou velha, eu falo isso de verdade, minha filha. A pessoa fica velha quando ela acha que é velha e acha que não precisa fazer mais nada. Tem hora que eu paro e falo, ah, eu sou feliz, pois eu levanto cedo de manhã e tenho forças para cuidar da minha saúde (Nara Leão).

Nota-se que apesar do aparecimento das DCNT e das alterações oriundas do envelhecimento, as falas dos participantes demonstraram o interesse pela busca por condições de vida que levem a maior autonomia e independência.

O depoimento de Elizeth Cardoso retrata de modo significativo a importância que a idosa dá às orientações dos profissionais de saúde para o seu autocuidado. O estímulo interno de se tornar uma “velhinha mais esperta” faz com que a idosa aplique no seu cotidiano as ações de autocuidado terapêutico a fim de envelhecer com qualidade de vida.

É possível destacar no relato de Nara Leão, assim como observado em depoimentos de outros idosos, que a realização do autocuidado terapêutico, a vontade de se cuidar, a vontade de viver, tem que partir do próprio idoso. Wanda Sá complementa essa questão ao apontar que a realização de atividades que dão prazer, afasta sentimentos negativos em relação ao processo de saúde e doença.

Torna-se importante, entretanto, que o idoso seja estimulado e apoiado por seus familiares e pelo enfermeiro no que tange à motivação para o envelhecimento e para o autocuidado terapêutico realizado em casa.

Diante da percepção positiva em relação ao envelhecimento, o enfermeiro, embasado pela teoria dos sistemas de enfermagem de Orem, pode apoiar os idosos dentro da perspectiva do sistema auxiliar-desenvolvimental, também conhecido como apoio-educação. Esse sistema possibilita que o enfermeiro identifique a disposição para a busca do conhecimento nos idosos e promova-os a agentes ativos no cuidado através da capacitação para o autocuidado terapêutico (OREM, 1995).

A dialética dialogal proposta pelo teórico Klaus Riegel permite, seja dentro de uma instituição de saúde, seja na atenção domiciliar, que o enfermeiro busque a bagagem cultural que os idosos possuem sobre os cuidados terapêuticos específicos a serem realizados em casa, em vistas à construção de um plano de cuidados em parceria com o idoso visando à manutenção da autonomia e da independência desse indivíduo (ISAIA, 1996).

Nesta perspectiva, acrescenta-se que de acordo com a percepção dos idosos, a **tomada de consciência e enfrentamento das consequências das DCNT** envolveram comportamentos e sentimentos que repercutiram diretamente nas práticas terapêuticas. O enfrentamento positivo diante do diagnóstico da doença crônica, muitas vezes ocorreu devido à falta de conhecimento dos idosos diante do quadro clínico que apresentavam. Entretanto, a confiança em si, a vontade de

reestabelecer a saúde e a presença da família nesse processo representaram fontes fundamentais de apoio ao idoso diante do diagnóstico apresentado.

Olha, eu fui muito confiante em mim, porque tudo que foi falado comigo eu tentei fazer (Elizeth Cardoso).

Bom, eu vi que eu estava doente e que eu tinha que restabelecer minha saúde, então eu vi por mim que eu tinha que fazer isso. Eu tinha que lutar contra esses probleminhas. E eu estou lutando, vamos ver no que vai dar. Estamos nos dando bem até agora (Tom Jobim).

Então, da diabetes não tenho que reclamar de nada, entendeu? Eu já aprendi a viver com ela, já aprendi! (Caetano Veloso).

Não, não foi difícil não. Só quando a doença está agudizada, quando tem os 'piriri'... Aí não posso sair de casa, tenho que colocar o protetor na calcinha, tenho que andar com o kit primeiros socorros. Mas agora já está controlado, aí é tranquilo (Wanda Sá).

A tomada de consciência dos idosos em relação à doença crônica e aos cuidados de promoção da saúde e prevenção de agravos é fundamental para um envelhecimento com qualidade de vida.

Os relatos apresentados permitem observar que os idosos têm a consciência de que o reestabelecimento da saúde depende da realização de práticas específicas de autocuidado terapêutico. Assim, a busca por capacitação para os cuidados no domicílio foi evidenciada em todos os participantes.

O processo de enfrentamento demonstrou-se facilitado pelos idosos devido à visão da doença crônica como um processo natural da vida, ao qual se deve aprender a viver e a lutar contra as consequências que podem surgir.

A partir do exposto e considerando a teoria da dialética do desenvolvimento de Klaus Riegel, tem-se que o diagnóstico da DCNT representa ao idoso um momento de conflito ou crise, o qual é identificado como um confronto construtivo que, posteriormente, será fonte de alterações e que envolverá fatores decisivos do desenvolvimento desse indivíduo (ISAIA, 1996). Assim, a equipe de saúde e, especialmente o enfermeiro, tem fundamental papel no que se refere às ações de educação terapêutica em vistas ao autocuidado, na medida em que auxiliará na coordenação e no equilíbrio desse idoso, visando a uma melhor adesão ao processo terapêutico e às práticas de autocuidado no domicílio.

No processo de tomada de consciência e enfrentamento das doenças crônicas, torna-se importante que os idosos se sintam seguros em relação às

práticas terapêuticas a serem realizadas no domicílio. É importante que o profissional enfermeiro forneça as ferramentas necessárias para capacitar o idoso em vistas ao enfrentamento positivo da DCNT.

Orem (1995) ao delinear o momento em que o enfermeiro se faz necessário, indica que os métodos de ajuda desse profissional podem permear o guiar o idoso, agir ou fazer para ele, apoiar, proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal e o ensinar. Sendo assim, o enfermeiro pode ajudar o idoso utilizando-se de qualquer um ou de todos os métodos, de modo a oferecer suporte e apoio nas ações de autocuidado terapêutico.

Ainda nesse contexto de análise, Wold (2013) aponta que muitas crenças relativas à saúde e à manutenção da saúde são formadas precocemente na vida. Quanto mais a crença é conservada, mais difícil será alterá-la. É, portanto, muitas vezes difícil mudar os comportamentos de saúde dos idosos. Assim, uma pessoa que se sinta capaz e com o controle da sua vida provavelmente estará mais disposta a mudar comportamentos e a trabalhar na manutenção da saúde, aplicando em sua vida diária as orientações para o autocuidado terapêutico fornecidas pelo enfermeiro durante o processo de cuidar sistematizado.

Outro aspecto vivenciado pelos idosos foi a **aplicação positiva das orientações de apoio e educação terapêutica no cotidiano**, que representa a execução correta, no cotidiano do idoso, das atividades e ações orientadas pela equipe de saúde, em especial o enfermeiro, durante as consultas individuais, as atividades em grupos educativos e visitas domiciliares, que visam ao autocuidado terapêutico. De acordo com relatos dos participantes, a prática correta do autocuidado diante uma DCNT enfoca aspectos principais como a alimentação saudável, a realização de atividades físicas e a administração de medicamentos.

Para não deixar alterar mais... Por exemplo, eu diminuo sal e o óleo eu coloco pouquinho. A manteiga e a margarina, eu passo pouquinho, pois eu gosto da Quali®. Não bebo, não fico fumando, tudo isso ajuda (Elizeth Cardoso).

Agora eu como pouco, uma colher de arroz só, e eu gosto de arroz, gosto muito de arroz, mas é uma colher só de arroz é o que eu como... Eu como pouco, e não janto. Eu não sei como a nutricionista está querendo o meu peso não, mas eu tento. Como de três em três horas (Claudette Soares).

Às vezes eu descuido de alguma coisa, e eu falo 'ih, gente, foi falado isso'. Lembro-me da médica, das enfermeiras, às vezes eu não me lembro do nome, e falo 'Poxa elas deram essa explicação, foi tão gostosa, tão formidável essa explicação, tenho que guardar ela aqui um pouquinho'. Aí a gente lembra e vai cuidar da gente (Elizeth Cardoso).

De manhã levanto a primeira coisa que eu faço eu tomo um comprimido, esse comprimido de omeprazol, depois dele, a insulina. Acabei de tomar a insulina, eu tomo dois copos de água com ameixa preta para o intestino. Tem que funcionar o intestino! Aí eu tomo a Sinvastatina. Depois, eu faço um lanche, um pão integral, farinha, aveia Quaker® misturado em um iogurte zero; granola, farinha de linhaça e tomo o café com leite. Acabei ó, caminhada! Uma hora, tomo água, faço aquelas máquinas, depois que acabo, tomo bastante água e venho embora pra casa. Quando tá chovendo, eu faço na máquina, a cobertura é grande, eu me sinto leve. Tem hora que eu sinto que está meio caindo, muito exercício entendeu? Aí eu sinto que ela [glicemia capilar] está caindo, aí eu sinto uma bambeza e sei que ela tá caindo. Aí outro lanche, chega 10 horas outro lanche, aí quando é meio dia almoço um pouquinho e tomo o AAS, como orientação do médico. O AAS evita o infarto, assim o médico falou, então eu tomo, assim é a minha vida (Caetano Veloso).

Os relatos dos idosos retratam de forma concisa a intencionalidade dos participantes em realizar as ações referentes ao autocuidado terapêutico no domicílio. Assim, observa-se que, muitas vezes, os idosos conseguem aplicar em seu cotidiano as orientações fornecidas pela equipe de saúde (alimentação, atividade física), entretanto essas ações são realizadas por alguns idosos sem que os motivos pelos quais as realizam sejam totalmente esclarecidos.

Foi possível evidenciar que a aplicação positiva das práticas de autocuidado terapêutico teve estreita relação com abdições e renúncias, em especial alimentares, como se pode observar no relato de Elizeth Cardoso e Claudette Soares.

Nessa perspectiva, Eliopoulos (2011) destaca que a maioria dos idosos possui recursos internos importantíssimos – físicos, emocionais e espirituais – que permitem um bom desenvolvimento nessa fase da vida, com a prática de atividades que subsidiam o autocuidado. Os comportamentos que exemplificam suas potencialidades são, por exemplo, o pressuposto da responsabilidade pelo autocuidado; a mobilização de recursos internos e externos para solucionar problemas e manejar crises, principalmente relacionadas à saúde; a conscientização e aceitação da realidade de que a vida inclui eventos positivos e negativos; e o reconhecimento das limitações e das potencialidades.

Assim, torna-se imprescindível que o enfermeiro, dentro de uma equipe multidisciplinar de atenção à saúde do idoso, promova uma assistência, individual e coletiva, voltada à manutenção e ao apoio dos pontos positivos internos dos idosos, a fim de garantir a saúde física e o bem-estar dessa população, a partir do fortalecimento e estímulo das práticas corretas do autocuidado terapêutico realizadas por esses indivíduos no domicílio, conforme aponta Orem na teoria dos sistemas de enfermagem (OREM, 1995).

A abordagem dos idosos através de grupos educativos se apresenta como estratégia de ação capaz de promover a troca de experiências, possibilitando o resgate da bagagem cultural dos participantes e a dialética dialogal entre os idosos e o profissional enfermeiro. Esse cenário construído permite, segundo Riegel, que conceitos e experiências radicadas na história pessoal de cada idoso sejam resgatados e compartilhados com o grupo, em vistas a estimular ações positivas, tendo o enfermeiro como mediador desse processo (ISAIA, 1996).

Ao relatarem suas vivências e a aplicação do autocuidado terapêutico no domicílio, os idosos apontaram em suas falas algumas **influências positivas no autocuidado terapêutico**. A motivação pela conquista e manutenção da autonomia e independência, a presença de familiares, o apoio e suporte da equipe de saúde e a existência de medicamentos que estabilizam o quadro clínico apresentaram-se como principais facilitadores do processo do autocuidado.

Ah, eu acho que é minha boa vontade [ajuda o autocuidado]. A minha e a da minha esposa também que fica me corrigindo, fica com um pouquinho de medo. Então eu acho que é a força minha e de quem está ao meu redor, né? A turma do HU... Os meus remédios... Eu deixo de pagar os outros, mas não me esqueço dos meus remédios. Eu tenho muita força sim. Eu tenho força no AA, eu tenho força no HU, a médica e a equipe dela... E isso é muito importante na vida da gente. Por que eu parei de beber? Porque eu tive força no AA, se não fosse o AA eu não tinha parado de beber não. Mas o que eu aprendi mesmo foi lá no CAS. O meu patrono é o CAS. Lá eles me ensinaram como é que é. Lá é gostoso, então é por isso que eu estou sentindo essa força (Tom Jobim).

Através da observação participante e dos relatos dos idosos, exemplificando através da fala de Tom Jobim, foi possível evidenciar que os idosos sentem a necessidade de estar perto de familiares, amigos e profissionais de saúde, apesar de alguns morarem sozinhos. A influência positiva dessa rede social é fundamental para a realização de boas práticas terapêuticas.

A presença de filhos, amigos e cônjuge representou na maioria dos casos um estímulo positivo, auxílio, referente ao autocuidado realizado em casa. Entretanto, é importante que se destaque que a presença desses familiares e amigos fazia, algumas vezes, com que os idosos se despreocupassem do seu autocuidado, uma vez que tinham a consciência da intervenção daqueles em caso de descuido e ou esquecimento das ações terapêuticas.

De acordo com Neves (2010), quanto mais rico de possibilidades for o próprio viver, mais salubre e íntegro será o envelhecimento. Isto elucida um comportamento que busca as potencialidades, entende as limitações, não valorizando apenas a doença, mas encontrando maneiras criativas de cuidar de si, que, na maioria das vezes, caracteriza-se por uma missão difícil, principalmente na velhice uma vez que ocorrem mudanças contínuas e que a todo instante é preciso reconquistar o equilíbrio. Assim, é essencial que as facilidades dos idosos na prática do autocuidado sejam identificadas e estimuladas positivamente em prol de um autocuidado terapêutico eficiente e eficaz.

Torna-se essencial que as facilidades e dificuldades apresentadas pelos idosos sejam trabalhadas e discutidas em grupos educativos, consultas individuais de enfermagem, visitas domiciliares, como uma estratégia de apoio-educação, conforme apoiado por Orem (1995). É importante que se utilize o processo dialogal, de acordo com Riegel, e que se tenha como pressuposto o fato do idoso passar por momentos de crises e conflitos, os quais devem ser aproveitados para que se estimule a consciência crítica a fim de promover mudanças de comportamento (ISAIA, 1996).

6.4.2 Aspectos negativos vivenciados no autocuidado terapêutico

Ao relatar o cotidiano de cuidado durante as entrevistas e a observação participante, podem-se destacar outros aspectos agora os considerados negativos frente ao idoso na prática do autocuidado terapêutico realizado no domicílio.

Segundo Eliopoulos (2011), o processo de aceitação da redução da eficiência do corpo se torna difícil para a pessoa que envelhece. Memória insatisfatória, reações lentas, cansaço fácil e aparência alterada estão entre as consequências frustrantes do declínio funcional e as pessoas lidam com tudo isso de várias maneiras.

Alguns idosos estão dispostos a aceitar o declínio da saúde como uma parte normal do envelhecimento, enquanto outros não. Aqueles que percebem um declínio na saúde como algo normal e esperado com o envelhecimento podem fazer pouco para impedir a perda de função, simplesmente aceitando as mudanças. Alguns idosos frequentemente ignoram sinais precoces de enfermidade ou os atribuem ao envelhecimento. Isso muitas vezes resulta em um retardo na busca por cuidados e capacitação para o autocuidado terapêutico (WORLD, 2013).

Neste raciocínio, observou-se entre alguns idosos a **perspectiva negativa do envelhecimento**, que engloba a visão negativa do idoso diante o envelhecimento no que envolve a presença de uma doença crônica não transmissível.

A gente vai envelhecendo e já fica dependendo das coisas. E tem gente que poderia providenciar algumas coisas para gente e não providenciam (Gal Costa).

É muito ruim você olhar no espelho e ver que você está enrugando. Eu emagreci 2,9kg agora, porque eu tava indo e decidi me controlar. Aí as ruguinhas no braço aparecem mais... É ruim você ver isso, é ruim não é bom não! Eu tenho medo de estar ficando velha (Elis Regina).

Pode-se destacar, através dos relatos apresentados, que as mudanças fisiológicas decorrentes do envelhecimento e o conseqüente declínio funcional faz com que alguns idosos se sintam impotentes em algumas situações específicas, necessitando de auxílio e suporte da família e profissionais de saúde para a realização dos cuidados no domicílio.

A conscientização dos idosos para o envelhecimento e para as alterações fisiológicas decorrentes desse processo é essencial para que este ocorra com qualidade de vida. Tornar o idoso ator ativo do seu cuidado apresenta-se como uma proposta transformadora, uma vez que se tira o foco das fragilidades e patologias desses indivíduos, dando-se destaque à capacidade de autocuidado e na capacitação do idoso para a realização de práticas terapêuticas em casa.

Quando se trata de um idoso com DCNT, a atuação do enfermeiro na promoção da saúde e prevenção de agravos apresenta-se como um ponto fundamental, ao se considerar o apoio nos momentos de desequilíbrio decorrentes de crises e conflitos, conforme Riegel, a necessidade de estímulo da consciência crítica do idoso ao que se refere ao envelhecimento como parte da vida e ao

surgimento das doenças crônicas, e ao criar um ambiente voltado à aprendizagem, que motive e possibilite o idoso a querer aprender (ISAIA, 1996).

Observou-se entre os entrevistados que as **limitações atribuídas ao envelhecimento** muitas vezes decorrentes do processo de surgimento das DCNT, independente das circunstâncias, são de difícil aceitação. Atividades, compromissos, papéis e responsabilidades ficam rompidos; surge a preocupação decorrente de potencial de dor física e emocional, ocorrendo frustração diante do desejo de eliminar a causa do problema mesmo sabendo da impossibilidade.

Diante disso, Eliopoulos (2011) destaca que as atitudes anteriores, personalidade e estilo de vida têm forte influência nas reações às incapacidades. Alguém que sempre achou que a vida foi dura poderá entender sua limitação como a última gota d'água, deixando de ter esperanças. Entretanto, um otimista, que sempre abordou os problemas como novos desafios a serem vencidos, pode estar determinado a não permitir que a incapacidade controle sua vida.

Eu prendo um pouco (urina), mas eu uso fralda para não sujar a calça. De noite, por exemplo, eu levanto umas três vezes para ir ao banheiro fazer xixi. Durante o dia eu acabo fazendo na fralda, mas eu troco a fralda... Eu estando de fralda não tem problema eu fazer na fralda (Cynthia Mendes).

O que está me impedindo agora é só a cozinha, agora o resto não tem nada que me impeça. Tem o problema do fogão que é por causa do tremor (Elis Regina).

Eu não ando muito. Num momento eu saio daqui e vou lá embaixo. Graças a Deus pra andar assim não... Tem dia que eu fico cansada, com as pernas doendo, mas é um cansaço normal né? (Eliana Pittman).

A observação participante permitiu identificar limitações nos idosos decorrentes do envelhecimento e da presença da DCNT. As limitações prejudicaram de modo significativo a realização de algumas atividades dos idosos como, por exemplo, preparo do alimento, deslocamento de um local para outro, subir e descer escadas.

As capacidades de autocuidado podem variar bastante entre os indivíduos com condições crônicas. A capacidade de autocuidado de um mesmo indivíduo também varia em momentos diferentes ao longo do curso da doença. Em situações em que há limitações na capacidade de autocuidado do indivíduo, o enfermeiro deve

conhecer essas incapacidades e avaliar as capacidades, o nível motivacional e o suporte familiar desse idoso, a fim de conhecer as possibilidades de apoio que esse possui na realização dos cuidados no domicílio.

Cabe ao enfermeiro, ainda, revisar a capacidade individual de atendimento a todas as exigências associadas à saúde, além da capacidade do idoso em satisfazer as demandas impostas pela doença, conforme a teoria de sistemas de Orem. Dessa forma, o enfermeiro será capaz de identificar as lacunas no atendimento às necessidades de cuidados e intervir de modo sistematizado, visando a capacitar o idoso ou o cuidador às atividades de autocuidado a serem realizadas em casa (OREM, 1995).

Refletindo ainda sobre as limitações atribuídas ao envelhecimento de idosos com DCNT que necessitam se autocuidar no domicílio, tem-se que o surgimento dessas podem representar, de acordo com a Teoria Dialética do Desenvolvimento de Riegel, a ocorrência de perda de harmonia, crises ou conflitos. Entretanto, na medida em que as crises ou conflitos geram novas tarefas para o indivíduo, no caso o idoso, e a sociedade, o enfermeiro integrado a uma equipe interdisciplinar, e estes conseguem realizá-las, a coordenação (equilíbrio) pode ser alcançada (ISAIA, 1996).

De acordo com o estágio das operações dialéticas, proposto por Riegel, é possível que o idoso aceite e conviva com situações conflitantes, no caso as limitações, sem a necessidade de equilibrá-las em todas as circunstâncias, sendo capaz de operá-las simultaneamente em diferentes níveis de pensamento e em diferentes áreas de atuação (ISAIA, 1996).

Assim, entende-se que a educação terapêutica é fator gerador de desenvolvimento nessa fase da vida e os idosos dentro dessa análise não podem ser vistos apenas como seres passivos desse processo de cuidado, mas como indivíduos capazes de se apropriarem ativamente deste, ao criar, em parceria com o enfermeiro, estratégias que visem a facilitar a realização das atividades complexas, em vistas a superar as limitações.

Dando-se continuidade à análise dos fatores negativos identificados no autocuidado dos idosos, destaca-se a **complexidade terapêutica**, a qual representa aspectos negativos que dificultam a realização do autocuidado pelo idoso. Como exemplo tem-se o número de fármacos, os cuidados com a administração e com as vias, além de outras terapêuticas não farmacológicas como dietas, cuidados de higiene e outros, que se potencializa com o esquecimento, a presença da dor

crônica, a falta de auxílio nas atividades, a dificuldade de locomoção e a solidão por morar sozinho.

Mas ultimamente eu não tenho comido fruta não... Nem fruta nem nada, porque eu me esqueço de comer, esqueço. Nem fruta nem verdura... Depois eu vou te mostrar! Tem umas taiobas ali, uns pés de couve, tenho estado desanimada de fazer comida. Você vai ver um dia que você morar sozinha, você vai ficar pedindo a Deus que chegue alguma pessoa para na hora que a comida tiver pronta, para comer, né? (Nara Leão).

É uma dor esquisita [fibromialgia]. Aí você anda até um pouco mancando com aquilo ali. Aí dói hoje, dói, amanhã, dói o dia inteiro. Aí depois ela sai, para de doer aquilo ali. Você não tomou remédio, você não fez nada, e a dor parou. Ela para ali. E dali a pouco ela aparece em outro lugar, te fincando novamente (voz alta), outra hora é na cabeça, dando umas fisgadas. Então é por isso que eu falo que é a dor que anda. Aí você vai tomar um remédio para isso. Vai ao reumatologista, o remédio dele é um relaxante muscular e um calmante, um antidepressivo. Aí isso dá uma moleza na gente. Você não aguenta ficar tomando isso não (Claudette Soares).

Então fui à farmácia, ele pegou o vidro de insulina, virou de cabeça pra baixo e fez assim... (sacudiu) 20 vezes para o remédio misturar. Aí ele tirou a tampa. Eu era burra, eu enfiei a agulha na tampa, tinha que tirar a tampa e furar aquela borracha embaixo. Ele tirou a tampa, enfiou a agulha e depois me aplicou. Mas ele me cobrava um real toda vez que ia... (Eliana Pittman).

A minha mão já não dobra direito, então tenho dificuldades até para mexer a comida. Quando está assim igual agora, dói toda a vida. Então até para mexer uma panela, para fechar uma panela eu não consigo, então essas coisas dificultam mesmo (Gal Costa).

A observação participante e a análise dos relatos dos participantes permitiram inferir que a complexidade dos cuidados com a saúde é tamanha, que muitas vezes esses idosos necessitam de auxílio, apoio, para suprir a demanda do autocuidado em casa.

O fato de alguns idosos morarem sozinhos representou uma dificuldade, devido à solidão que sentem para, por exemplo, preparar o próprio alimento para as refeições, levando-os a se alimentarem de maneira inadequada à sua condição de saúde, prejudicando, dessa forma, o autocuidado.

Considerando a complexidade relacionada à administração de medicamentos ficou evidente, na fala de Eliana Pittman, a dificuldade em realizar o tratamento do

DM devido à necessidade da aplicação da insulina. Assim, a visita domiciliar possibilitou observar a dificuldade e falta de orientação (dose, locais e modo de armazenamento) da idosa em autoaplicar a medicação, caracterizando um problema que pode gerar agravos à saúde devido à má administração.

Destaca-se dessa forma a importância da realização da consulta de enfermagem ao idoso no domicílio e não apenas na instituição de saúde, a fim de compreender o contexto do idoso e acompanhar no seu cenário de vivência as práticas relacionadas ao tratamento. Assim, o enfermeiro poderá avaliar a capacidade do autocuidado em casa e identificar conforme os requisitos universais e de desenvolvimento o onde e o como auxiliará o idoso nas ações de autocuidado, segundo a teoria de Orem (OREM, 1995).

As dificuldades relatadas representam um desafio tanto para os idosos, quanto para os profissionais de saúde da equipe, uma vez que são fatores que dificultam e algumas vezes inviabilizam o autocuidado e, em consequência, levam a práticas incorretas em relação ao tratamento.

A maioria dos idosos relatou pelo menos um fator dificultador na realização do autocuidado terapêutico no domicílio, o que permite uma reflexão a cerca da necessidade de cuidador, formal ou informal, para auxiliá-los na realização dos cuidados diários, incentivando assim a independência e a autonomia desses indivíduos.

É fundamental que se explore os mecanismos das dificuldades apontadas pelos idosos, bem como se torna essencial a compreensão a respeito de como essas barreiras afetam a realização do autocuidado terapêutico por esses usuários.

Neste sentido, a fim de proporcionar uma assistência de qualidade aos idosos sob seus cuidados, o enfermeiro, dentro do processo de trabalho sistematizado, juntamente com a equipe interdisciplinar, deve utilizar estratégias para identificar as dificuldades apresentadas por esses idosos segundo os requisitos de autocuidado, visando apoiar, educar, orientar e incentivar as práticas corretas do autocuidado terapêutico segundo a capacidade funcional de cada idoso.

Como se pode observar são inúmeros os fatores que permearam a complexidade terapêutica dos idosos com DCNT no autocuidado realizado em casa, entretanto através da observação participante e da escuta dos relatos foi possível destacar a polifarmácia como fator de maior dificuldade predominante entre os idosos.

É, tem hora que eu penso assim 'lh, é muita coisa [medicação]', e se chegar uma hora que eu não lembrar esses remédios? (risos) Às vezes faz uma confusão na cabeça da gente, mas por enquanto eu estou dando conta, sabe? (Claudette Soares).

O termo polifarmácia é utilizado para descrever a situação em que vários medicamentos são prescritos simultaneamente, sendo uma prática clínica comum nas pessoas idosas e um grande desafio da saúde pública deste século. O número de doenças crônicas que acometem esses indivíduos, a elevada incidência de sintomas e a realização de consulta e tratamento com especialistas diferentes caracterizam a explicação da polifarmácia (BRASIL, 2006).

A presença da doença crônica em idosos gera a necessidade da administração de medicamentos em vistas a prevenir agravos à saúde. Entretanto, pode-se observar que muitas vezes o quantitativo de medicamentos prescritos aos idosos leva a erros de doses, horários e tipos de drogas, prejudicando o quadro clínico desses indivíduos.

Observou-se que alguns dentre os pesquisados sentem dificuldade em lembrar os horários e quais os medicamentos a serem administrados durante o dia, havendo a necessidade de auxílio de terceiros para suprir essa demanda e estratégias que estimulem a autonomia dos idosos diante dessa necessidade terapêutica.

Nesse aspecto, torna-se imprescindível que o enfermeiro realize visitas domiciliares, a fim de identificar a capacidade do idoso para manipular medicamentos (AIVD) e criar estratégias para facilitá-la. O enfermeiro é o profissional que está em contato direto com o idoso e seus familiares, através da consulta individual, grupos educativos e visitas domiciliares, o que proporciona uma visão integral do sujeito e permite um melhor planejamento dos cuidados. Esse profissional deve estar capacitado para identificar o momento em que sua atuação será necessária, seja agindo para o idoso, seja auxiliando ou apoiando-o, conforme necessidade.

Outro aspecto negativo vivenciado e relatado pelos idosos quanto no autocuidado foi a **internalização distorcida dos conceitos**, a qual engloba a execução incorreta ou a não execução no cotidiano das atividades e ações orientadas pela equipe de saúde, em especial a enfermagem, durante as consultas individuais e as atividades em grupos educativos em vistas ao autocuidado.

Mas bater perna é todos os dias. Não como nada. O problema é esse, a nutricionista ficou brava comigo. E depois desse movimento todo eu não como nada... (Nara Leão).

A nutricionista me deu o nome de um adoçante azul, não posso comprar vermelho não porque ele é doce mesmo, demais, mas, ela falou pra comprar o azul, mas eu não achei também, enquanto eu puder comer biscoito doce e beber café amargoso (risos) (Eliana Pittman).

Para me cuidar aqui em casa, eu estou precisando daquele negócio que a gente segura no banheiro: a barra de tomar banho. Mas como a minha sobrinha falou que ia me dar, até agora eu não coloquei. Então eu estou correndo risco no box, né? (Gal Costa).

Conforme se pode observar, as práticas dificultadoras relacionadas ao autocuidado no domicílio remetem diretamente à alimentação e a problemas estruturais da casa em que residem.

De acordo com as falas apresentadas, evidencia-se que os idosos são orientados a respeito dos cuidados com a saúde, entretanto nem sempre são levados a refletir sobre a importância dessas práticas em vistas à diminuição de riscos e agravos à saúde.

O relato de Nara Leão aponta que a idosa tem a consciência de que não é correta a atitude de não se alimentar antes e após atividades intensas e com grande gasto de energia, mesmo assim ela não incorporou essa prática em seu dia-a-dia.

Sendo assim, faz-se necessária uma reflexão a respeito do conceito de educação terapêutica, segundo a concepção do Autocuidado de Orem, no sentido de se ter a pessoa idosa como cidadã, com direitos, deveres e, além disso coresponsável pelo seu cuidado.

Considerando o exposto, a atuação do enfermeiro deve se dar no sentido de ajudar o idoso a pensar sobre suas metas de saúde, auxiliá-los a definir sobre os rumos que pretende dar a sua vida a partir de uma condição atual de saúde, tomando as decisões que julgar necessárias.

Os pressupostos teóricos da teoria de Dorothea Orem alicerçam a atuação do enfermeiro junto à população mediante cinco métodos específicos: agir ou fazer para o outro; guiar o outro; apoiar o outro (físico ou psicologicamente); proporcionar um ambiente adequado; e ensinar e apoiar o outro. Assim, ao identificar um idoso que apresenta dificuldades na realização do autocuidado com consequente execução incorreta das práticas terapêuticas, é essencial que o enfermeiro atue de forma a

guiar, apoiar e ensinar esse indivíduo na realização dessas ações, proporcionando um ambiente o qual seja possível sanar as dúvidas, incentivar práticas positivas e auxiliar a compreensão acerca do processo terapêutico do idoso (OREM, 1995).

A fim de ultrapassar essas barreiras e alcançar resultados positivos no autocuidado, os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, devem sistematizar as ações educativas, com o objetivo de não focar apenas nas questões relacionadas às fragilidades e patologias, mas sim na temática que envolve as necessidades de cuidados dos usuários do serviço, as quais podem emergir durante as consultas individuais ou atividades em grupo.

É importante destacar que as práticas de educação e apoio aos idosos devem ser planejadas e guiadas de forma a estimular o idoso a refletir sobre seu processo de saúde e doença.

A internalização distorcida dos conceitos apresentada pelos idosos pode ocasionar desequilíbrio e falta de sincronia no desenvolvimento, podendo ser caracterizado por crises ou conflitos, conforme destaca Klaus Riegel. O enfermeiro, neste cenário, é elemento da sociedade em mudanças e apresenta-se como mediador do processo de mudança de comportamento dos idosos (ISAIA, 1996).

Grupos educativos em vistas ao autocuidado terapêutico podem ser realizados junto a essa população, a fim de se promover a troca de experiências entre os participantes, incentivando-se práticas positivas e ajustando as negativas através de linguagem clara e simples. O diálogo e o estímulo à reflexão dos idosos sobre sua saúde para tomada de decisão são ferramentas fundamentais nesse processo.

6.4.3 Estratégias de ação realizadas no domicílio para o autocuidado terapêutico

Diante do processo de análise das falas dos idosos e da observação participante, foi possível identificar que esses dispõem de algumas estratégias para facilitar a realização do autocuidado terapêutico no domicílio.

As **estratégias para realizar o autocuidado terapêutico**, isto é, os mecanismos alternativos utilizados pelo idoso na tentativa de se autocuidar, envolveram métodos relacionados à administração de medicamentos, à lembrança de consultas médicas, produção de utensílios para o autocuidado com os pés diabéticos, dentre outros.

Eu consigo tomar [medicação]. Meu filho chega do trabalho domingo e separa nas caixinhas conforme os horários. Tem as gavetinhas, aí não fica difícil. Mas quando eu esqueço, minha ajudante me lembra (Cynthia Mendes).

A estratégia utilizada por Cynthia Mendes constitui-se em uma forma de que o idoso mantenha sua independência na administração de seus medicamentos. Como se pode observar, a presença de um integrante familiar junto ao idoso garante o suporte e apoio neste aspecto do autocuidado.

O uso de medicamentos pelas pessoas idosas traz desafios especiais devido aos fármacos normalmente utilizados, às mudanças relativas ao envelhecimento que influenciam a farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos e ao aumento do risco de reações adversas.

A elevada prevalência de condições crônicas de saúde nessa população leva a esse grupo a utilizar uma grande quantidade e variedade de medicamentos. Segundo Eliopoulos (2011), o uso de medicamentos pelos idosos cresce continuamente a cada ano, com a maioria fazendo uso, no mínimo, de um fármaco com regularidade, sendo a situação mais normal o uso de vários todos os dias.

Uma vez que muitos idosos são responsáveis pela administração da própria medicação, cabe aos enfermeiros identificar e promover a capacidade de autocuidado nessa área, conforme a teoria geral do autocuidado. O profissional precisa levantar informações a respeito do risco do cliente a erros medicamentosos e planejar intervenções, juntamente com os idosos, que minimizem esses riscos (OREM, 1995).

Ao apontar a compreensão do desenvolvimento humano de Riegel com base em uma lógica dialética que aceita o princípio da contradição e do conflito como gerador de conhecimentos, ações e sentimentos, a compreensão de como os idosos administram suas medicações e a identificação de erros nessa prática, deve instigar os enfermeiros a buscar estratégias que visem à mudança de comportamento nessa população (ISAIA, 1996).

A descrição detalhada dos medicamentos, com horários, doses, via de administração, deve ser dada ao idoso e ao cuidador, caso exista, e estratégias devem ser incentivadas a fim de facilitar o uso correto das medicações. A utilização de estratégias evita erros oriundos da compreensão errada, interrupção ou

continuação desnecessária do medicamento, resultante de lacunas nas orientações para o autocuidado terapêutico.

Do relato da participante Cynthia Mendes, pode-se destacar ainda uma técnica utilizada para estimular a memória do idoso e mantê-lo ator ativo nos seus cuidados.

Tem a minha filha que deixa tudo pregado na geladeira. Ela até fala que não vai mais me falar que dia está marcado o médico, porque fica pregado na geladeira e ela diz que eu tenho preguiça de olhar (risos) (Cynthia Mendes).

O depoimento de Cynthia Mendes retrata um problema que atinge muitos idosos: a falta de estímulo à memória devido à presença de familiares e ajudantes no domicílio.

De acordo com Eliopoulos (2011), os três principais tipos de memória são a de curto prazo, com duração de 30 segundos a 30 minutos, a de longo prazo, que envolve o que foi aprendido há muito tempo, e a sensorial obtida através dos órgãos de sentidos, com duração de poucos segundos. Ainda segundo a autora, a recuperação de informações da memória de longo prazo pode ficar mais lenta com o envelhecimento, principalmente se não usadas ou necessárias diariamente. Assim, os idosos conseguem melhorar parte do esquecimento relacionado ao envelhecimento, usando associações de nome a imagens, anotações ou listas, entre outros.

Nesta concepção, compreender as mudanças normais do envelhecimento é fundamental para a garantia da prática do enfermeiro. Esses conhecimentos tornam-se úteis para promoção e práticas que favoreçam o bem-estar e garantam a independência dessa população.

Entretanto, é essencial que se destaque a importância de se permitir a manutenção da autonomia e independência dos idosos, uma vez que a presença de familiares no auxílio aos cuidados no domicílio, muitas vezes faz com que o idoso se torne passivo na realização do seu autocuidado terapêutico.

Outros participantes também relataram estratégias utilizadas no domicílio a fim de facilitar o autocuidado no cotidiano:

Na hora de cortar a unha, cortar reto. Cortar direitinho e depois com a lixa acertar, esse é o cuidado que eu tenho. Lixo a sola, o calcanhar, eu tenho essa lixa, eu que fiz a lixa. Comprei aquela lixa fina, fiz aquela tábua com o cabinho e lixo o calcanhar todo, assim que eu trato (Caetano Veloso).

Minha filha, eu já passei até a comer com a mão esquerda, porque treme menos. Eu vou te contar, pego o garfo, colher... Vou te contar, não tenho mais problema para comer não... (Wanda Sá).

Diante do exposto, pode-se observar que os idosos apresentam autonomia na realização do autocuidado, fazendo do domicílio cenário principal de suas ações e, suprimindo algumas necessidades específicas através de estratégias criadas neste ambiente.

Assim, tem-se que o empoderamento que compreende a educação do indivíduo para aumentar a autonomia do cuidado com a saúde e de superar problemas apresenta-se como um importante instrumento para fornecer um estímulo positivo às estratégias utilizadas pelos idosos na prática do autocuidado terapêutico no domicílio.

O profissional de saúde tem o papel de facilitador desse empoderamento, uma vez que faz com que o idoso compreenda a realidade do processo saúde-doença e se responsabilize no que envolve a tomada de decisão e a realização do autocuidado terapêutico. Vale destacar a importância do apoio e acompanhamento contínuo do processo de empoderamento do idoso, a fim de identificar lacunas na aprendizagem e nas diversas ações de autocuidado realizadas no domicílio.

O processo da dialética dialogal, segundo Riegel, pode favorecer o empoderamento dos idosos em atividades individuais ou em grupos. O empoderamento caracteriza uma mudança de comportamento indicando o reestabelecimento do equilíbrio e sincronia das dimensões internas e externas no idoso, conforme a teoria dialética do desenvolvimento, favorecendo o desenvolvimento dessas pessoas no que permeia o processo saúde-doença (ISAIA, 1996).

Observou-se, ainda, durante a visita domiciliar e observação participante, que a **dependência de um cuidador no domicílio**, denominado 'ajudante' por alguns idosos, constitui-se em uma estratégia dos familiares dos idosos que moram sozinhos ou que necessitam passar parte do dia sozinhos em casa.

Meu filho coloca todas as medicações nas caixinhas, então é só chegar ali e pegar, mas quando eu esqueço [da medicação], a ajudante me lembra (Cynthia Mendes).

O cuidador, segundo Brasil (2008) é a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa, a qual esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração.

No caso dos participantes dessa pesquisa, o ajudante representou aquele indivíduo que auxiliava os idosos na realização de algumas atividades básicas em casa como preparo das refeições, cuidados com o lar e, que de alguma forma, serviam de apoio e suporte para o idoso na realização do autocuidado terapêutico.

Considerando que o ajudante esteve presente nos domicílios para auxiliar os idosos em algumas atividades diárias, vale destacar a importância de se capacitar esses indivíduos para tal, em vistas à manutenção da independência e autonomia das tomadas de decisão dos idosos, principalmente nos aspectos relacionados ao seu autocuidado terapêutico.

O bom cuidador é aquele que observa e identifica o que o idoso pode fazer por si, avalia as condições e ajuda-o a fazer as atividades. Cuidar não é fazer pelo outro, mas ajudar o outro quando ele necessita, estimulando a pessoa cuidada a conquistar sua autonomia, mesmo que seja em pequenas tarefas, conforme a teoria do autocuidado de Dorothea Orem (BRASIL, 2008).

Assim, diante do aumento da presença de cuidadores auxiliando os idosos nos cuidados diários, torna-se essencial que não seja descuidada por parte da enfermagem, a educação em saúde desse grupo, a fim de proporcionar um cuidado eficiente e eficaz aos idosos no domicílio. Periodicamente, cabe ao enfermeiro avaliar e reforçar os conhecimentos e habilidades desses cuidadores, por meio de grupos que permitam a troca de experiência entre os participantes.

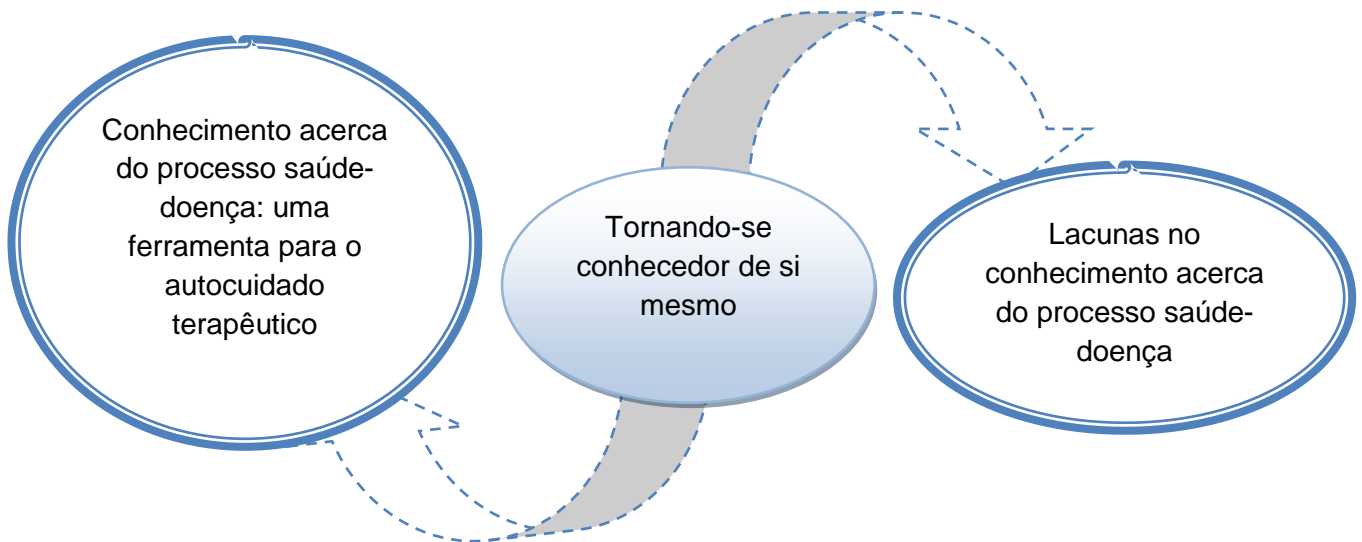
6.5 Tornando-se conhecedor de si mesmo

A segunda categoria do estudo permite-nos analisar qual o conhecimento do idoso acerca da sua saúde e do seu processo terapêutico oriundo da presença das doenças crônicas, com o objetivo de localizar as lacunas de informações dos idosos e as demandas de educação terapêutica no processo de autocuidado.

Com essa categoria analisam-se o conhecimento dos idosos acerca das DCNT, dos cuidados que englobam as práticas de promoção da saúde, tratamento e

cuidados relativos à prevenção de agravos. Relacionam-se a ela duas subcategorias: conhecimento acerca do processo saúde-doença: uma ferramenta para o autocuidado terapêutico e lacunas no conhecimento acerca do processo saúde-doença.

FIGURA 3 – Diagrama da categoria “Tornando-se conhecedor de si mesmo”.



Fonte: A autora

6.5.1 Conhecimento acerca do processo saúde-doença: uma ferramenta para o autocuidado terapêutico

Em relação ao conhecimento acerca do processo saúde-doença, destacam-se os pontos que emergiram dos relatos dos idosos acometidos com patologias crônicas, como “conhecimento acerca da DCNT”, “conhecimento acerca dos cuidados de promoção da saúde”, “conhecimento acerca do tratamento”, “conhecimento acerca dos cuidados de prevenção de agravos”.

Identificou-se com os relatos, que apenas três idosos (Elizeth Cardoso, Wanda Sá e Caetano Veloso) possuem o **conhecimento acerca do que se constitui a DCNT** que possuem. Os demais idosos visitados conseguem relatar os cuidados referentes à promoção da saúde, aos tratamentos e os cuidados de prevenção de agravos, entretanto não tem o conhecimento sobre a DCNT a qual o acompanha.

Bom, a diabetes é em relação ao açúcar no sangue que a gente tem que ter cuidado; o colesterol é o cuidado com a gordura, muito sal na comida. A pressão alta, também não posso abusar com o sal. O sal cai na veia e vai parando, vai parando e quando se vê ele fica parado e ele fica parado. E ele faz como se fosse um nozinho... (Elizeth Cardoso)

O médico explicou que era uma ferida no intestino e disse que eu tinha que fazer dieta. Na época eu estava com um lado inchado e eu senti uma dor aqui. Mas hoje não está mais não... Hoje eu acho que eu sinto é um vazio... (Wanda Sá).

Eu posso falar com qualquer um o que é a diabetes, a maioria não adianta falar, a diabetes mata, ela aleja, mata, dá derrame, ataca o corpo todo, certo? Aí o que acontece, vai embora, eu já tive colegas de falar que diabetes matava, [...] demorou 3 meses, um rapaz novo (Caetano Veloso).

Tem várias coisas, né? O diabetes, por exemplo, eu fico com a boca amargando muito, e dá alterações no sangue. Aí tenho eu que cuidar, porque se eu não cuidar... (Elizeth Cardoso).

Assim como destacado na categoria anterior, as ações destinadas a promover, manter, ou melhorar a saúde são baseadas na percepção do indivíduo da sua própria saúde. À medida que a pessoa amadurece, um conjunto de crenças, percepções e valores relacionados com a saúde são estabelecidos. Essas percepções incluem ideias básicas relativas ao que é saúde e ao melhor modo de mantê-la (WORLD, 2013).

Tem-se que outros fatores além das crenças e da cultura também desempenham um papel na atuação do idoso diante da prática do seu autocuidado. O conhecimento desempenha um papel primordial nos cuidados com a saúde. O conhecimento acerca da doença e das ações de saúde recomendadas pela equipe multidisciplinar apresenta-se como aspecto decisivo no processo de cuidado de idosos com DCNT e que necessitam realizar o autocuidado no domicílio.

O idoso bem informado estará capacitado para controlar com sucesso a condição crônica, prevenindo complicações. Além disso, o conhecimento favorece o empoderamento desse grupo populacional, uma vez que os embasa a respeito do processo terapêutico o qual são atores ativos.

Pelo fato de esses idosos não conseguirem eliminar a doença, por serem doenças crônicas, as medidas de cuidado devem concentrar-se mais em auxiliá-los, com eficiência, a viver de forma harmônica com a condição de saúde que apresentam, do que curá-la. Assim, o enfermeiro deve estabelecer estratégias a fim

de identificar as lacunas de conhecimento desses indivíduos no que tange às DCNT que possuem e planejar ações de educação terapêutica, em vistas a levar esses idosos a refletir acerca do processo saúde e doença através, por exemplo, da estratégia do conhecimento compartilhado.

Ao considerar o idoso como um cidadão, regado de direitos e deveres, é importante que sejam orientados em relação ao seu processo de saúde e doença, a fim de que se tornem atores ativos e coresponsáveis pelos cuidados a serem realizados em casa. Torna-se fundamental que os profissionais de saúde os ajudem a refletir acerca dos cuidados no que tange a promoção da saúde e prevenção de agravos para que tenham a capacidade de tomar decisões dentro de um leque de autonomia.

A falta de conhecimento sobre a doença crônica pode levar a uma falta de preocupação sobre o quadro clínico, ocasionando uma perda de equilíbrio/sincronia com conseqüente necessidade de estratégias para o seu reestabelecimento. Suprir as lacunas de conhecimento, através do sistema de apoio e educação, é fundamental para o enfrentamento dos idosos diante a DCNT, favorecendo o desenvolvimento desses indivíduos no que tange às dimensões internas (interno-biológica e individual-psicologia) e externas (cultural-sociológica e externo-física), conforme a dialética de Klaus Riegel (ISAIA, 1996).

Os relatos dos idosos permitiram a identificação ainda de **conhecimento acerca dos cuidados de promoção da saúde**, que pode ser definido como situação em que o idoso demonstrou domínio a respeito dos cuidados relacionados à promoção e manutenção da sua saúde.

Segundo Wold (2013), promoção da saúde é um conceito novo que remete ao estilo de vida e práticas de cuidado que melhoram a saúde geral e a qualidade de vida. A finalidade da promoção da saúde é o foco no potencial da pessoa para o bem-estar e para encorajar as alterações apropriadas nos hábitos pessoais, estilo de vida e ambiente, de modo a reduzir os riscos e estimular a saúde e a qualidade de vida (BRUNNER & SUDDARTH, 2009).

Tomando-se o conceito acima como ponto de partida, tem-se que, de acordo com os relatos dos idosos, as ações de promoção e manutenção da saúde permeiam atividades relacionadas à alimentação, atividade física, administração de medicamentos e lazer.

Segunda, terça, quarta e quinta, eu vou à ginástica. Então eu levanto nessa função. Levanto, vou me arrumando, arrumo o café para acabar de tomar os remédios e sair para ir à ginástica (Claudette Soares).

Na parte da alimentação, eu procuro não comer coisas muito gordurosas. Por causa do meu colesterol, eu não posso abusar. Eu tenho essa consciência de que eu não posso abusar muito de doce, de pão... Se bem que eu gosto muito de pão... (risos)... Arroz... Eu sei que eu não posso comer muito (Nara Leão).

Assim, poderia fazer alguma coisa boa [para melhorar a saúde]. Distrair, por exemplo. Sair daquela rotina. Eu imagino assim, que a gente esquece aquilo [problemas] e melhora o organismo também. Eu acho que só isso (Maria Betânia).

A gente aproveitar, ir à festa, fazer educação física; a caminhada [entusiasmada], caminhar com tênis, meia branca, carregar água. Cuidar da saúde da gente (Elizeth Cardoso).

A promoção da saúde é tão importante para os idosos quanto para adultos e crianças. Embora, segundo Brunner & Suddarth (2009), 80% das pessoas com 60 anos de idade ou mais tenham uma ou mais doenças crônicas e muitas tenham limitação em suas atividades do cotidiano, os idosos como um grupo experimentam um ganho significativo com as ações de promoção da saúde.

Os idosos apresentaram-se bastante conscientes em relação às práticas de promoção da saúde e muitos demonstraram ter vontade de adotar práticas que visam a melhorá-la e a aumentar o bem-estar. Assim, embora as DCNT não possam ser eliminadas, esses idosos podem beneficiar-se de ações capazes de auxiliá-los a manter a independência e a prevenir piora do quadro clínico.

Sendo assim, tem-se que promover a saúde junto a esses indivíduos é prevenir momentos de crises e conflitos que prejudiquem o desenvolvimento humano, conforme Riegel. O planejamento e a realização de grupos com o objetivo de promover a troca de experiências, a aquisição de conhecimento e o estímulo à reflexão acerca do processo saúde doença, em vistas à tomada de decisão, torna-se fundamental junto a essa população.

Observa-se assim a necessidade de se seguir as orientações preconizadas nos programas de promoção da saúde do idoso, oriundas das políticas públicas de atenção à saúde dessa população. O enfermeiro seja em nível primário, nas Unidades de Atenção Primária à Saúde, seja em âmbito ambulatorial secundário, tem fundamental papel nesse aspecto, uma vez que tem a responsabilidade de

promover as atividades que fomentam as orientações para o autocuidado do idoso no domicílio. A interação do profissional de enfermagem com o idoso deve ser vista como uma oportunidade para promover comportamentos e atitudes positivas de saúde.

O conhecimento do idoso acerca do tratamento foi identificado nos relatos como situações em que o idoso demonstrou domínio a respeito dos cuidados relacionados ao tratamento da sua doença: cuidados na administração da medicação, dieta, aplicação de insulina.

Todo dia tomando aí eu já sei que esses [remédios] eu tenho que tomar... (pausa)... Aquele da tireoide, todo médico que eu vou diz que eu não posso parar, que eu tenho que tomar todo dia. Então eu sei que esse eu não posso parar. A sinvastatina também. Eu sei que tenho que tomar para ver se baixa o colesterol (Claudette Soares).

Ontem eu esqueci, dei uma vacilada no remédio que trata o colesterol, mas eu achei que aqui tivesse. Quando eu fui tomar o remédio da noite, cadê o de colesterol? Não tinha... E não fui buscar ainda, ainda vou buscar. Depois eu pego a receita com a doutora, não vou esperar não (Maria Betânia).

Em relação ao sal é complicado, como eu posso comer só um pouco, a minha ajudante coloca cada vez menos. Eu gostava da comida bem temperada, carne gorda (Cynthia Mendes).

Os idosos com problemas crônicos podem aprender a viver, de forma eficiente, com a doença e desenvolver uma sensação de paz interior e harmonia através do reconhecimento de que elas são definidas por algo além do corpo físico (ELIOPOULOS, 2011).

A consciência de que a doença crônica envolve um controle rígido do tratamento, com mudanças nos hábitos de vida, administração diária de medicamentos, deve ser frisado entre os idosos com dessas patologias. Assim, preconiza-se que o enfermeiro auxilie os idosos, facilitando esse processo e orientando-os a conseguir o seu potencial máximo e a qualidade de vida.

É importante que se esclareça aos idosos a necessidade de adesão ao plano terapêutico em vistas ao seu desenvolvimento e à prevenção de desequilíbrio. Através do processo dialogal proposto por Riegel, destaca-se a necessidade de abordar o conhecimento prévio desses indivíduos, a busca pela bagagem cultural, originados muitas vezes pela experiência de vida e a partir destas informações

adequar o cuidado terapêutico no domicílio em parceria com o idoso e/ou cuidador, estabelecendo as metas principais (ISAIA, 1996).

Ao se levar em consideração a importância do autocuidado terapêutico na prevenção de agravos a saúde de pessoas com DCNT e que prevenção é o ato de antecipar as consequências de uma ação, prevenindo seu resultado, possuir **conhecimento acerca dos cuidados de prevenção de agravos** é essencial quando se tem o foco de evitar possíveis complicações resultantes das DCNT, como complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais, vasculares periféricas, e as cirurgias para amputações de membros inferiores.

Eu tento fazer a dieta da nutricionista, mais ou menos, sabe como é que é? Estou seguindo mais ou menos lá (Cynthia Mendes).

A diabetes é evitar o doce, né? É uma coisa que está difícil de eu evitar é o doce. Mas eu dei uma caída no doce bem grande. Controlei um pouco sim e quero controlar mais. Quero acabar com esse doce, porque eu bebia, tirei o alcoolismo e tirei o cigarro da minha mente, o porquê eu não vou tirar o doce, não é mesmo? Eu vou ver se eu consigo o ano que vem (Tom Jobim).

Eu não abuso. Não tomo refrigerante mais... Às vezes eu tomo um pouquinho... Mas era igual água! O sal eu evito o máximo. Não como mais linguiça, nem carne de porco, aquela bagunçada toda, era tanto torresmo, minha filha (Nara Leão).

Eu, por exemplo, não posso tomar muito gelado. Aí eu não tomo. Eu sou louca por sorvete, mas... Ano passado, estava muito calor, aí eu entrei no sorvete, depois tive uma crise. Outra coisa que eu tenho que evitar é o fígado, que ele não me faz bem. Eu não bebo bebida com álcool, só refrigerante. Comidas ácidas, eu tenho que tomar cuidado. Por exemplo, o tomate me faz mal, eu tenho que evitar; a laranja eu só chupo a serra d'água, porque a da ácida eu não posso. Então eu me privo de várias coisas (Gal Costa).

Para a OMS, muitas das complicações das doenças crônicas podem ser prevenidas, e as estratégias incluem detecção precoce, aumento da prática de atividade física, redução do tabagismo e diminuição o consumo de alimentos não saudáveis. A prevenção deve ser um elemento essencial em toda conduta realizada com o cliente (OMS, 2003).

A maioria das DCNT nos idosos tem como principal fator de risco a própria idade. No entanto, o envelhecimento não impede que o idoso possa conduzir sua própria vida de forma autônoma e decidir sobre seus interesses (VERAS, 2009). Diante disso e refletindo a respeito dos relatos apresentados pelos idosos durante as

entrevistas, tem-se que para esses idosos participantes os cuidados relacionados à prevenção de agravos da DCNT advém a partir de práticas corretas na alimentação.

Conforme pode ser analisado nesta subcategoria, os idosos não distinguem de maneira eficaz as ações relacionadas com a promoção da saúde, tratamento e prevenção de agravos. Segundo a maioria dos relatos, a alimentação e a administração de medicamentos são os fatores chaves para a promoção da saúde e da prevenção de agravos ao quadro clínico. Entretanto, como preconizado pela OMS, outras práticas como, por exemplo, a atividade física, quando tolerada, deve ser estimulada entre essa população a fim de evitar complicações oriundas da não mudança dos hábitos de vida.

Dessa forma, destaca-se a necessidade de educação terapêutica junto à população idosa em vistas ao esclarecimento e tomada de consciência a respeito das práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde de forma tal que essas atividades sejam realizadas diariamente nos domicílios.

Vale apontar ainda que os níveis mental, intelectual e espiritual se conjugam nessa concepção de educação terapêutica apresentada visando à integralidade do cuidado de enfermagem ao idoso, principalmente no que tange à atuação do enfermeiro na atenção primária.

Um aspecto importante relacionado ao conhecimento do idoso e observado com frequência na fala do idoso Caetano Veloso merece destaque, a **aprendizagem a partir da experiência de terceiros**.

Na época do meu pai não existia insulina não, era só remédio, e ele não tinha orientação conforme eu tenho. Tinha hora que dava tanta vontade de comer açúcar, doce, que ele pegava uma colher de açúcar, punha dentro de um copo com refrigerante. Pior, pra mim não posso com refrigerante, pra mim só refrigerante zero ou suco zero também, mas refrigerante comum, refrigerante nenhum comum eu tomo, e ele, tinha um problema, porque diabetes dá uma vontade louca de comer doce. Mas, se eu for a aniversário, como três docinhos e fim de papo. Não, eu não encharco não, nem de alimentação, eu como pra satisfazer, tem pessoa que come pra encher. Então eu aprendi assim, agora na época do meu pai não tinha, ele cortou a perna, encharcando de refrigerante, ele internou com três buracos no pulmão e não teve mais jeito. Mas foi embora com 51 anos de idade. Minha mãe com 35 anos, minha mãe foi o baço, deu problema no baço, tirou o baço, depois que ela tirou viveu um ano só morreu com 35 anos, meu pai foi com 51 anos (Caetano Veloso).

Tem uma farmácia aqui que o dono da farmácia chama Sr. P., ele é igual médico, qualquer coisa que eu sinto ele passava um remédio pra sarar, ele pegou a diabetes e em pouco tempo cortou a perna, demorou mais de um mês e foi embora. Agora você vê... Era dono da farmácia, era um excelente farmacêutico, era igual um médico. Não cuidou, porque tem muita gente que não sabe o que é a diabetes (Caetano Veloso).

Caetano Veloso durante a entrevista demonstra a importância da experiência de terceiros na formação da sua visão diante da doença crônica e de suas ações relacionadas ao processo de cuidados com a sua saúde. Através de exemplos de situações que ocorreram com pessoas próximas a ele, destacou o quanto é necessária à manutenção dos cuidados com a saúde pelo idoso em seu domicílio.

Esses relatos permitem uma reflexão acerca da importância da realização de grupos educativos pelo enfermeiro, dentro de uma equipe de saúde, dando-se destaque à atenção primária, a fim de proporcionar a esse público a oportunidade de troca de experiências e construção do pensamento crítico a respeito do processo saúde-doença.

A dinâmica do processo dialógico proposta por Riegel merece destaque novamente nesse contexto por enfatizar o caráter dialético do processo de comunicação, o qual integra mútuas intervenções entre os falantes, desdobradas em tese, antítese e síntese (ISAIA, 1996).

Tendo um profissional qualificado como mediador, as atividades educativas em grupo permitem a troca de experiências e a reflexão sobre temáticas cotidianas dos idosos. Isso norteia as práticas diárias e a mudança de comportamento desses indivíduos prevenindo as crises oriundas da piora do quadro clínico e das práticas deficientes de autocuidado no domicílio.

As ações de educação terapêutica devem ter o objetivo de desmistificar a ideia de que os participantes são objetos do cuidado. Torná-los atores ativos do cuidado envolve dá-lhes o direito à informação e à tomada de consciência crítica sobre aspectos gerais de saúde e sobre prevenção e controle de doenças e agravos no processo de envelhecimento; sentido de humanidade, pelo reforço da autoestima, reconhecimento e valorização de sua história de vida, suas percepções sobre a velhice e seus direitos e possibilidades de ação; sentido da autonomia e o papel de sujeito político na construção da dignidade do envelhecer (ASSIS, 2002).

6.5.2 Lacunas no conhecimento acerca do processo saúde-doença

Durante o processo de análise, na tentativa de captar o conhecimento dos idosos acerca do processo saúde-doença, foi possível identificar lacunas nas informações que possuíam a respeito do quadro clínico, dos sinais e sintomas específicos da patologia base, do significado do autocuidado terapêutico realizado no domicílio, dentre outros.

O **desconhecimento acerca da DCNT** remete à situação em que o idoso não demonstrou domínio a respeito do seu processo de saúde-doença: quando o idoso não tinha conhecimento a respeito da sua doença, de como surgiu e quais os principais cuidados em relação a sua saúde.

Eu sinto uma zanzeira, só que não é direto! Ela vem aos poucos, aí eu fico pensando: será que está sendo real ou eu que estou me lembrando disso e por isso está acontecendo. Porque tem disso também, né? Porque às vezes você não está sentindo [sintomas], não está vendo... É complicado. Acontece que eu não sou de ficar impressionada! (Nara Leão).

Tem hora que ele [médico] nem entende o que a gente tá falando. Você sente uma dor queimando em cima da pele, que vai queimando assim, mas se você apertar não está doendo, não está inchado, não tá nada, mas aquilo está te ficando ali. Tem uns que falam que aquilo ali é emocional, mas não é! (determinada) Eu estou sentindo! Igual eu falei para o fisioterapeuta. Outro dia começou a me doer no calcanhar, se eu apertar não tá inchado, não vai doer, não vai nada, mas a dor está ali (Claudette Soares).

Ah, quando eu vejo que minha vista parece que está escurecendo um pouco eu fico deitada que passa! Continuo fazendo o que eu tenho que fazer. Às vezes eu estou na cozinha, uma roupa para lavar... E aquilo me distrai e eu esqueço aquilo [dor, incômodo] (Maria Betânia).

Bom, se me falaram eu esqueci [o que é a pressão alta], só me falaram que eu tinha que tomar remédio. Outro dia o médico me perguntou se eu era hipertensa e eu disse que não, aí depois ele me disse que era a mesma coisa que pressão alta... Eu ri muito! (Cynthia Mendes).

Eu nunca entendi direito o que são [HAS e diabetes] assim não. Quer dizer, me apareceu sem eu saber também, nem sei como (Eliana Pittman).

Como pode ser observada, a falta de informações sobre a DCNT acaba por fazer com que o idoso não identifique os sinais e sintomas do surgimento de quadros agudos oriundos da doença, como pode ser exemplificado na fala de Maria

Betânia “Ah, quando eu vejo que minha vista parece que está escurecendo um pouco eu fico deitada que passa!”. Assim, a falta de conhecimento do idoso acerca da sua doença pode acarretar no agravamento do quadro clínico, com o surgimento de sequelas, muitas vezes, irreversíveis.

O desconhecimento acerca da DCNT pode ocasionar crises e conflitos ao indivíduo idoso, conforme destaca Riegel, com consequências bio-psico-sociais. Sendo assim, é fundamental que as lacunas de conhecimento sejam abordadas através de atividades terapêuticas junto a essa população de forma que haja tomada de consciência e empoderamento para o enfrentamento das situações advindas das DCNT (ISAIA, 1996).

Sabe-se que a falta de conhecimento acerca da DCNT impossibilita a eficácia da ação do “cuidar de si” e, nessa percepção, Guerra (2013) aponta que as práticas de educação em saúde agem de forma a contribuir significativamente para a melhora da qualidade de vida e maior estímulo à prática correta do autocuidado terapêutico.

Assim, diante do conceito de educação terapêutica e à luz da teoria do Autocuidado de Orem, a fim de tornar o idoso coresponsável no seu cuidado e embasado para as tomadas de decisões relacionadas à sua saúde, o enfermeiro deve mediante a consulta de enfermagem, grupos educativos e visitas domiciliares, ajude o idoso a compreender sua condição clínica e definir sobre os rumos que pretende seguir a partir de sua condição atual de saúde (OREM, 1995).

Nos fragmentos de falas apresentados, pode-se destacar ainda que é frequente o relato da **falta de informações fornecidas ao idoso** no momento em que a doença crônica é diagnosticada.

Não, ele não explicou [explicação do médico ao dar o diagnóstico da DCNT] e eu também não perguntei muito. Mas ele é muito bonzinho, muito atencioso, via minha pressão sempre, pedia exame de sangue... (Cynthia Mendes).

A do coração na verdade nem me explicaram o que era. Quem me consultou mesmo nem explicou. Depois, outro que eu fui de estômago colocou o aparelho no meu peito e disse que eu tinha um sopro. Aí eu disse que não sabia. Eu sabia que eu tinha um problema de coração, mas não sabia o que era. Mas continuei a ir ao cardiologista (Gal Costa).

Eu nunca tive [informação sobre HAS] eu nunca tive essa informação... O porquê de ter pressão alta... Isso eu vou saber agora com você! (Nara Leão).

Nem imagino o que seja. A minha parece que é mais assim: se eu sentir uma “nervosia”, pode contar que a pressão aumenta (Maria Betânia).

Diabetes é como eu te contei, não sei o sintoma dela, de estar alta e estar baixa, quer dizer, se eu não puder comer uma coisa eu estou comendo, aí você já viu, né? (Eliana Pittman).

A OMS preconiza que as ações de atenção à saúde do idoso devem conceder orientações oportunas, sustento e monitoramento constante em vistas a melhorar a adesão desses indivíduos ao autocuidado terapêutico, o que diminui a carga das doenças crônicas e proporciona melhor qualidade de vida a esse grupo populacional (OMS, 2003).

À medida que a DCNT é diagnosticada no idoso acredita-se que ações de educação em saúde em vistas ao melhor entendimento do idoso sobre a doença e o autocuidado terapêutico são indispensáveis para um melhor enfrentamento e sucesso no controle da patologia.

É importante que se destaque que as informações a serem fornecidas aos idosos devem ser compatíveis com a linguagem, a realidade e o contexto em que vivem. Para isso, é preciso que os profissionais de saúde abandonem a ideia de que a aprendizagem acontece pela transmissão de conhecimentos.

Assim, para que seja eficaz e eficiente, a educação terapêutica da população idosa precisa estimular a capacidade do indivíduo de absorver novas informações, de perceber as relações entre informações e situações, de elaborar e reelaborar as informações produzidas nessa realidade, resignificando conhecimentos de maneira a levá-lo a colaborar para transformar a realidade (SILVEIRA, 2009).

Ao se refletir acerca do processo de educação terapêutica do idoso com DCNT, a fim de torná-lo ativo no processo saúde-doença, é importante que se pense na dialética dialogal de Riegel. Essa dialética considera que, durante uma situação dialogal, interpretada no presente estudo como um grupo educativo ou uma consulta individual seja na instituição de saúde seja no domicílio do idoso, não apenas o sujeito e o mundo se transformam, mas também suas interações e posições. A situação dialogal considera a bagagem cultural dos indivíduos, bem como um código compartilhado de comunicação, isto é, a troca de experiências. Neste cenário de múltiplas alterações, o diálogo representa mais do que a mudança entre dois

indivíduos, encarnando mudanças ao longo da história sociocultural da humanidade, integrando assim mudanças de curto e longo prazo (KREBS, 1995).

Identificou-se ainda, a partir dos relatos, que a percepção dos idosos a respeito da **consciência sobre ações de autocuidado terapêutico** apresenta-se, algumas vezes, como lacuna de conhecimento que interfere diretamente na atuação do idoso na realização dos seus cuidados no domicílio.

Autocuidado... Eu acho assim: não fica com tristeza, coloca alegria no lugar da tristeza, para você se libertar dela também. Isso muito ajuda. Porque às vezes a pessoa vai acumulando a tristeza dentro... O coração trabalha, né? Aí você coloca uma alegria, uma coisa boa, um pensamento bom... Ler, ver uma televisão, então quer dizer, você está ajudando, tudo está ajudando ali (Nara Leão).

Ah, é não deixar coisas para eu tropeçar no meio do caminho, um tapete, não deixar uma cadeira no meio do caminho. Minhas coisas ficam tudo no lugar. Graças a Deus eu moro sozinha então não tem quem tire, né? (Gal Costa).

Isso aí tem muitos fatores né, primeiro alimentação, higiene corporal, tomar os remédios que a doutora passa pra gente, na hora certa, e eu fazendo isso eu tenho certeza que minha saúde vai de vento e polpa. Tenho certeza absoluta! (Tom Jobim).

É a gente evitar ter quedas, de machucar, se eu tenho que tomar meus remédios eu não posso esquecer, é uma coisa que eu não posso ficar sem, eu tenho consciência disso, e a gente evitar machucar, de quebrar, de cair... (Leila Pinheiro).

Autocuidado... Uma consideração das pessoas com a gente, da pessoa que gosta da gente. É um cuidado não só dos outros, mas de mim comigo mesma também. Se eu não tiver cuidado de mim comigo mesma quem vai ter, né? É difícil... (Wanda Sá).

Ter responsabilidade, não é? É você ter uma responsabilidade consigo mesmo. Não é pensar 'Ah, eu estou bem, então vou extrapolar', não é assim. É ter uma responsabilidade em se cuidar. É isso que eu penso. Porque tem gente que não tem mesmo (Elis Regina).

A percepção inadequada acerca do autocuidado, isto é, o não entendimento a respeito do que seja o autocuidado terapêutico ou ainda o "cuidar de si" impossibilita a eficácia dessas práticas no domicílio, uma vez que torna o idoso dependente do cuidado de terceiros por não conhecer adequadamente as ações de saúde que deve desempenhar em casa a fim de cuidar da sua própria saúde.

Para os idosos, o autocuidado terapêutico envolve tanto questões relacionadas à alimentação, higiene corporal, administração de medicamentos e prevenção de quedas, quanto questões emocionais e de autoestima.

O não entendimento a respeito do cuidar de si representa um fator que merece destaque por parte dos profissionais de saúde. A percepção inadequada se caracteriza como uma lacuna que deve ser suprida em vistas ao estabelecimento da saúde e a prevenção de possíveis agravos ao quadro clínico, decorrentes de desequilíbrio das dimensões internas e externas do desenvolvimento humano proposto pelo teórico Klaus Riegel (ISAIA, 1996).

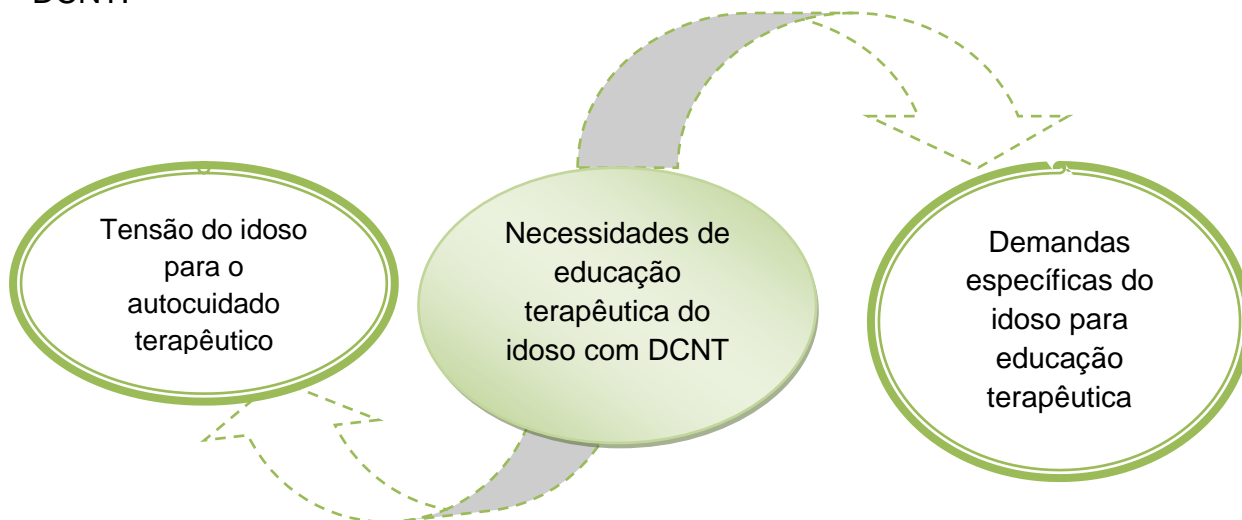
O enfermeiro dentro de sua atuação para o autocuidado deve estimular nos idosos o entendimento sobre o autocuidado terapêutico a ser realizado em casa, para que essa prática seja desenvolvida com qualidade visando ao bem-estar, à manutenção da autonomia e à independência desses indivíduos.

6.6 Necessidades de educação terapêutica do idoso com DCNT

Após conhecer como idosos com DCNT realizavam o autocuidado terapêutico em seus domicílios, dando-se destaque para os aspectos positivos, negativos e estratégias de ação realizadas neste cenário para facilitar o autocuidado e, ao se compreender os conhecimentos e as lacunas de conhecimento dos idosos diante do seu processo saúde-doença, parte-se para a análise sobre as necessidades de educação terapêutica do idoso com DCNT.

Essa terceira categoria do estudo visa à compreensão das demandas apresentadas nos relatos dos idosos relacionadas à educação terapêutica para o autocuidado no domicílio. Nessa categoria analisam-se duas subcategorias: tensão do idoso para a realização do autocuidado terapêutico e demandas específicas de educação terapêutica.

FIGURA 4 – Diagrama das necessidades de educação terapêutica do idoso com DCNT.



Fonte: A autora.

6.6.1 Tensão do idoso para o autocuidado terapêutico

Em relação à tensão vivenciada pelo idoso no cotidiano do autocuidado terapêutico se pode destacar a sobrecarga emocional, o medo da morte, o medo de piora do quadro clínico e o sentimento de sobrecarga à família.

Identificou-se nas entrevistas que a realização do autocuidado terapêutico pelo idoso no domicílio é envolvida por sentimentos diversos e que refletem no cotidiano do cuidado. O cotidiano do idoso é, muitas vezes, permeado por medo e sentimento de **sobrecarga emocional**, os quais trazem reflexos negativos para o processo saúde e doença desses indivíduos.

Mas se eu ficasse nervosa, uma coisinha assim aqui dentro de casa, aí podia contar que a pressão subia. Tava ruim sabe? “Nervosia”... (Maria Betânia).

Teve um dia que eu saí daqui nervosa, parei lá na policlínica, aí a enfermeira me perguntou se eu tinha ido sozinha... Eu não aguentava nem falar, eu chorava, ficava com aquele nó na garganta... Olharam minha pressão e eu estava com quase 22 de pressão naquele dia. Estava muito alta! (Maria Betânia).

A gente fica sobrecarregada às vezes, né? Igual agora, eu vou fazer fisioterapia todos os dias, vou ter que ir lá à Maternidade e voltar... Me sinto sobrecarregada. O ônibus passa cheio, eu perco o ônibus e não posso perder a hora! (Elizabeth Cardoso).

A sobrecarga emocional pôde ser observada através de sinais e sintomas como: nervosismo, tensão, tristeza, angústia. Através da observação participante, constatou-se que os idosos visitados apresentaram algum desconforto emocional e a sobrecarga emocional ficou ainda mais evidente nas falas das idosas Maria Betânia e Elizabeth Cardoso, as quais relataram um ou mais desses sinais e sintomas.

A sobrecarga emocional, em especial o nervosismo e a tensão, evidenciou-se nos idosos através da responsabilidade assumida com seus cuidados, do acúmulo de atividades e dos conflitos na família devido à falta de apoio. A sobrecarga pode gerar altos níveis de estresse, podendo contribuir para o prejuízo no autocuidado e conseqüente piora do quadro clínico desses idosos.

Nas situações de sobrecarga emocional torna-se importante que o enfermeiro elabore um plano de cuidados individualizado junto ao idoso, o qual respeite o contexto sociocultural, os valores e hábitos desses indivíduos, a fim de minimizar o desgaste e as tensões vivenciadas no processo de cuidar no ambiente domiciliar.

Assim, a educação terapêutica apresenta-se como forma de minimizar a sobrecarga emocional do idoso ao proporcionar o conhecimento e a capacitação necessários ao processo de cuidado no domicílio, a fim de garantir o equilíbrio do desenvolvimento (sincronia), mantendo consistentes aos alicerces internos e externos que o sustenta, segundo a concepção de Riegel.

Além da sobrecarga emocional, o **medo da piora do quadro clínico** foi sentimento comum evidenciado entre os idosos e se relacionou a vários fatores, tais como: medo de envelhecer, medo de não ser mais útil, medo de tornar-se dependente de terceiros.

Aí eu diminuí muitas coisas [relacionadas à alimentação] porque eu fiquei com medo da minha pressão subir muito. Eu tenho um medo de ficar de cama, acamada. Aí eu diminuí muito nessa parte (Maria Betânia).

Eu posso dar um infarto de repente, aí infartando pode dar um grau leve, mas pode dar um grau pior, aquele que leva à morte. Posso ficar aleijada em uma cama, posso ficar esquecida de várias coisas. Tudo isso, tem que ter cuidado mesmo (Elizabeth Cardoso).

Me explicaram, mas na época eu não estava levando muito a sério não. Aí depois que me falaram que a diabetes cega a pessoa. A primeira complicação que me falaram era que as veias menorzinhas vão secando e podem cegar, aí aquilo me meteu medo. Falou em cegueira comigo... Aí eu falei 'OPA'. Aí eu comecei a sentir na pele (Tom Jobim).

A única coisa que me incomoda, que eu não aceito é de um dia precisar ir pra máquina, isso eu não tenho estrutura não, mas fora disso não tem nada não. Eu tenho um pavor enorme [de hemodiálise], uma coisa sem explicação, nem eu consigo explicar. Um pavor muito grande! (Leila Pinheiro).

Ah eu fiquei muito preocupada porque a minha prima veio a falecer. Essa minha prima faleceu. Essa pinta das costas, ela era muito grande, muito bonita, todo mundo achava bonita, mas era um melanoma. E dez anos depois ela faleceu por causa dele, 54 anos. Então ela faleceu por causa dele. E, por isso, eu fiquei bem preocupada (Elis Regina).

O relato dos idosos e a observação participante permitiram a compreensão de que o medo da piora do quadro clínico faz com que essas pessoas busquem entender e se capacitar para os cuidados com a saúde em relação a tratamento, promoção da saúde e prevenção de agravos. Ao serem esclarecidos a respeito das consequências negativas que a má prática do autocuidado terapêutico pode proporcionar, os idosos investem na saúde a fim de preveni-las.

Diante dos relatos, torna-se essencial uma abordagem específica junto a esses idosos a respeito da importância da adesão ao processo terapêutico, a fim de minimizar os agravos ao quadro clínico e a consequente crise no desenvolvimento, segundo Riegel, caracterizada pela perda de equilíbrio (ISAIA, 1996).

O papel do enfermeiro neste contexto se apresenta como fundamental ao se refletir acerca da necessidade de apoio e suporte junto a esses idosos no que tange a minimizar ou esgotar a sobrecarga emocional oriunda da tensão do processo de cuidar no domicílio.

O enfermeiro dentro deste cenário que se apresenta, e segundo Orem, pode identificar o como e o onde será necessária sua atuação a fim de dar segurança ao cuidador e ao idoso caso este seja dependente ou parcialmente dependente de ações específicas de enfermagem nos cuidados em casa. Caso o idoso seja independente, torna-se necessário o apoio e educação terapêutica a fim de capacitar esse indivíduo para o autocuidado, dando suporte e servindo como referência em caso de dúvidas e perguntas (OREM, 1995).

O **medo da morte** ficou evidenciado nos relatos dos participantes. Esse medo esteve relacionado ao medo de não ser mais útil na velhice, medo de morrer sozinho, medo de não poder mais aproveitar a vida.

A gente tem essas doenças, a gente não sabe uma hora a gente sai e cai. Aí olha, morreu de quê? Às vezes nem se sabe... (Eliana Pittman).

Sim, tenho medo de morrer, tenho medo de ficar velha e não poder fazer as coisas, e fico nervosa por causa disso. Tenho medo sim. Às vezes acordo de madrugada e me dá aquela angústia de saber que eu estou sozinha... É a depressão né? (Gal Costa).

Eu tenho medo de estar ficando velha de morrer, mas deixa eu curtir esse restinho ainda. Minha mãe foi até os 93 anos, o pai dela foi até os 96 anos, a irmã até os 100 anos e dois meses (Elis Regina).

Diante do contato com os idosos no domicílio, foi possível compreender que a presença das doenças crônicas, muitos deles com mais de uma, a complexidade do tratamento, a perda da capacidade funcional, os levam a temer a morte, principalmente quando moram sozinhos.

Esse fato ficou evidente no relato de Gal Costa, quando diz “Às vezes acordo de madrugada e me dá aquela angústia de saber que eu estou sozinha”. Observa-se que a idosa teme se sentir mal em casa durante a noite e não ter ninguém para socorrê-la, o que leva ao medo da morte.

Segundo Eliopoulos (2013), morte representa “o término da vida, interrupção de todas as funções vitais, ato ou fato de morrer”. A autora aponta que na cultura ocidental atual, muitas pessoas têm experiências muito limitadas com a morte ou com o processo da morte, embora nem sempre tenha sido assim. Atualmente, saúde e cuidados médicos estão facilmente disponíveis e acessíveis, e novos medicamentos e intervenções terapêuticas aumentam a possibilidade de sobrevivência às doenças.

É possível que isso explique por que muitas pessoas têm dificuldade de aceitar a própria mortalidade. Evitar falar sobre a morte apresenta-se como um indicador da falta de internalização da própria morte.

O medo da morte deve ser constantemente trabalhado e discutido com os idosos. Esse medo pode ser o principal responsável por uma crise em sentido negativo gerada por assincronia das dimensões do desenvolvimento humano riegeliano (ISAIA, 1996).

A fim de auxiliar o idoso que possui uma DCNT a minimizar ou esgotar o sentimento de medo da morte, é importante também que os enfermeiros analisem suas próprias atitudes relativas à morte. Compreendendo a própria mortalidade, estarão mais à vontade para ajudar as pessoas que se encontram envolvidas nessa crise ou conflito.

Ao dar continuidade à compreensão das tensões vivenciadas pelos idosos na realização do autocuidado no domicílio, destaca-se o **sentimento de sobrecarga à família**, presenciado quando os idosos recebiam a colaboração de outras pessoas de sua família para o autocuidado, entretanto sentiam-se um “peso” ou “obstáculo” na vida desses familiares.

Às vezes, eu acho que até encho a paciência [aponta para o filho]. Mas eles ficam ali no computador, a minha nora fica no dela e ele fica no dele, aí dá. Eu assisto meu terço, minha missa (Maria Betânia).

Fui uma vez no encontro da geriatria lá no CAS, mas não fui mais porque ficou difícil para minha filha me levar, ficar esperando e depois me trazer, fica difícil, então eu desisti. Até a médica falou que ia ter o encerramento, e que se eu quisesse ir. Para mim ficava difícil (Wanda Sá).

Por isso que eu vou viajar mesmo, enquanto eu não tiver atrapalhando ninguém, eu vou viajar mesmo. E o pior é que atrapalha mesmo (Elis Regina).

As falas dos idosos acima retratam uma realidade vivenciada por grande parte dos idosos participantes, o sentimento de sobrecarga à família. Esse sentimento advém principalmente quando os idosos se sentem culpados por ocupar filhos, netos e demais familiares em suas atividades diárias e ou compromissos.

Wanda Sá, por exemplo, destaca que sente a necessidade de participar dos grupos de educação terapêutica que é convidada, entretanto por não conseguir se deslocar em grandes distâncias, não gosta de ocupar o tempo de sua filha para tal atividade.

Assim, compreende-se que o idoso devido a consequências relacionadas ao processo de envelhecimento ou surgimento de doenças crônicas, muitas vezes, acabam por privar-se de algumas atividades de seu interesse devido à dificuldade de deslocamento, falta de acompanhante, restringindo seu espaço e rede social.

Eliopoulos (2013) aponta que nos cuidados com os idosos que possuem DCNT, alguns sacrifícios e compromissos são comuns, quando os familiares

assumem os papéis de cuidadores. Os enfermeiros neste cenário podem ser úteis, ajudando os familiares e os idosos a avaliarem, de forma realista, suas responsabilidades de cuidados, identificando quando precisam ser consideradas outras opções de apoio, como por exemplo, o Serviço de Atenção Domiciliar – SAD, ou ainda, caso possível, a contratação de um cuidador formal.

A presença dos sentimentos negativos abordados nessa subcategoria reforça a necessidade de intervenções de enfermagem que busquem a superação dessa situação que aponta para um contexto negativo e que contribui para elevar os níveis de sobrecarga e desconforto emocional que, conseqüentemente, comprometem o bem estar sociocultural, tanto da família quanto do idoso que necessita se autocuidar em seu domicílio. O convívio com esses sentimentos negativos pode acarretar prejuízos à qualidade de vida e as condições de saúde dos idosos.

6.6.2 Demandas específicas de educação terapêutica

Após discorrer sobre as tensões que envolvem o autocuidado dos idosos no domicílio, dar-se-á destaque às demandas específicas de educação terapêutica que emergiram nos relatos dos idosos.

O **esquecimento** apresentou-se como situação em que o idoso relatou não se lembrar de ações específicas a serem realizadas em prol do seu cuidado, podendo ocasionar agravos à saúde.

A água... A água eu esqueço mesmo. Às vezes eu estou com a boca seca, preciso tomar um copo de água, mas eu esqueço. Às vezes eu vou lá para dentro, vou ver uma novela, fico com aquela sensação ruim. Aí passa despercebido (Maria Betânia).

E tem uma coisa que é engraçada, tem dia que eu me esqueço da medicação da noite e eu durmo maravilhosamente bem, e no dia que falta aquele remédio, que às vezes pode faltar, aí eu já não durmo preocupada. Quando eu não tomo por que eu me esqueci, eu nem ligo para remédio, eu durmo... (Cynthia Mendes).

Às vezes eu esqueço [tomar a medicação]. Tem medicações que eu tomo três vezes por dia, aí depois do café eu tenho que tomar o remédio, mas às vezes eu me esqueço de tomar, só vou lembrar na hora do outro, do da noite. E às vezes eu esqueço o da noite também. Vejo televisão, vou deitar e esqueço o remédio. Mas não é todo dia não... É uma vez ou outra (Gal Costa).

Foi possível identificar que as queixas de esquecimento foram relacionadas principalmente aos medicamentos diários. Considerando que a presença da doença

crônica está aliada frequentemente a uma complexa terapêutica, envolvendo mudança de hábitos, prática de atividades físicas e ou terapêutica medicamentosa, é importante que se entenda o contexto social do idoso a fim de que se estabeleça um plano de cuidados individualizado.

A memória permite que os indivíduos retenham e possam chamar sensações, ideias, conceitos e impressões previamente aprendidas. A mente humana é capaz de recuperar as informações conforme necessidade, correlacionar fragmentos de informações, realizar julgamentos, resolver problemas e criar ideias (WORLD, 2013).

A velocidade com que as informações são processadas e lembradas muda com a idade, sendo comum que o idoso demore mais para se lembrar de uma informação específica. A memória de curto prazo tem maior probabilidade de ser afetada do que a memória de longo prazo, assim a abordagem da população idosa deve se dar com cautela e estratégias devem ser utilizadas para facilitar o autocuidado terapêutico dessa população.

Tendo em vista o comprovado declínio cognitivo de pessoas da terceira idade, estes indivíduos são fortes candidatos a não adesão terapêutica. A necessidade de realização de regimes terapêuticos complexos, difíceis de serem seguidos, e de usarem seus medicamentos diariamente, nos mesmos horários, requer uma atividade mnemônica, a qual se encontra, muitas vezes, prejudicada nos idosos (WERLANG et al, 2008).

Conforme os relatos apresentados, alguns idosos esquecem a administração das medicações. Dessa forma, a utilização de estratégias de memória, que visem à recuperação de informações complexas e rotineiras é de extrema importância para garantir o seguimento do regime terapêutico realizado pelo idoso em seu domicílio.

Considerando a importância da memória para o desempenho das práticas de autocuidado terapêutico no domicílio e a fim de promover a saúde, a autonomia, a qualidade de vida e a progressão do envelhecimento saudável, as Oficinas de Memória representam estratégias positivas em vistas ao estímulo da memória dos idosos que se queixam de esquecimento.

O **despreparo para o autocuidado**, caracterizado como a falta de conhecimentos ou de habilidades do idoso para realizar os cuidados que necessita, evidenciou-se como uma demanda importante para atuação da enfermagem.

Ih, quando eu vejo que minha vista parece que está escurecendo um pouco eu fico deitada que passa! Continuo fazendo o que tenho que fazer, às vezes eu estou na cozinha, uma roupa para lavar... E aquilo me distrai e eu esqueço daquilo [dor, incômodo] (Maria Betânia).

A nutricionista me deu o nome de um adoçante azul, não posso comprar vermelho não porque ele é doce mesmo, demais, mas, ela falou pra comprar o azul, mas eu não achei também, enquanto eu puder comer biscoito doce e beber café amargoso (Eliana Pittman). Mas depois você perde o medo, aí você larga para lá e toma sol mesmo! Tem dia que eu vou à tarde ao jardim não passo filtro solar nem nada (Elis Regina).

Os relatos apresentados permitem a compreensão de que os idosos podem apresentar falta de conhecimento a respeito de alguns cuidados com sua saúde, levando a possíveis agravos.

Maria Betânia, por exemplo, é hipertensa e diz que muitas vezes se depara com a vista escurecendo, entretanto não sabe identificar que esses sintomas podem gerar consequências muitas vezes irreversíveis. O despreparo para o cuidado faz com que a idosa não se preocupe com os sintomas da hipertensão e não busque ajuda profissional nessas situações, o que pode agravar o quadro clínico da idosa.

O depoimento de Eliana Pittman permite uma reflexão a respeito da importância de se captar a bagagem cultural dos idosos para traçar um plano terapêutico junto a eles. A idosa possui DM e foi orientada a comprar um determinado adoçante. Entretanto, a falta desse produto no mercado fez com que a idosa mantivesse o hábito, aprendido durante a vida, de comer biscoito doce, os quais tinha costume e gostava muito, e beber café amargo. Segundo a idosa, essa prática não prejudicava sua saúde, uma vez que o amargo do café anulava o doce dos biscoitos.

O despreparo dos idosos para o autocuidado terapêutico no domicílio merece total atenção por parte dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro. É essencial que o idoso e o cuidador, caso exista, sejam capacitados para a realização dos cuidados em casa.

Vale ressaltar ainda que, à luz da teoria dialética de Riegel, o despreparo para o cuidado representa um conflito negativo gerado por assincronia de uma ou mais dimensões do desenvolvimento. Esse conflito deve ser interpretado como gerador de conhecimentos, ações e sentimentos, de forma tal que seja aproveitado em vistas à capacitação desses idosos (ISAIA, 1996).

Os momentos de consultas individuais, grupos educativos e visitas domiciliares representam possibilidades de resgate da bagagem cultural dos idosos, a fim de identificar aspectos positivos e negativos referentes ao autocuidado realizado.

A reflexão e a tomada de consciência crítica, em vistas à autonomia dos idosos em relação a sua saúde, são de extrema importância para um autocuidado eficiente e eficaz com garantia de qualidade de vida a essa população.

O enfermeiro, no processo sistematizado do cuidado e utilizando a perspectiva teórica de Orem, deve identificar a capacidade dos idosos em realizar o autocuidado terapêutico, instigá-los a se tornarem atores ativos no processo de cuidado e realizar visitas domiciliares objetivando dar suporte e apoio ao idoso e sua família (OREM, 1995).

Assim como é necessário “ensinar os idosos” para ajudá-los a se tornarem atores ativos do processo de saúde e doença, faz-se necessário que os enfermeiros que atuam junto a essa população como educadores, se mantenham atualizados. A necessidade de atualização do educador embasa-se na perspectiva de movimento contínuo proposto por Riegel, o qual há um processo constante de mudanças tanto do indivíduo, no caso o idoso, quanto da sociedade, representada nesta pesquisa pelos enfermeiros (ISAIA, 1996).

A análise dos dados permitiu identificar ainda a frequente **automedicação** entre os idosos, a qual se caracteriza como a situação em que o idoso ingere medicamentos por conta própria em seu domicílio, sem o acompanhamento e suporte da equipe de saúde, aconselhado quase na totalidade por pessoas não habilitadas, como amigos, familiares ou balconistas de farmácia, sem a orientação médica.

Essa prática representa um sério problema de saúde pública, uma vez que é fator gerador de efeitos adversos, reações alérgicas, intoxicações, interações medicamentosas e também pode retardar o diagnóstico de alguma patologia (TELLES FILHO et al, 2013).

A artrite, eu sentia dores mais ou menos. Aí eu tomava remédio para dor... Tomava por minha conta mesmo... (Gal Costa).

Qualquer machucado eu trato com um antibiótico próprio, você põe no machucado e dentro de 2, 3 dias machucado meu sara rápido. Pra você ver, esse tombo que eu levei, dentro de 10 dias já estava tudo cicatrizado (Caetano Veloso).

O relato de Gal Costa evidencia a importância de um apoio e suporte dos profissionais de saúde junto à população idosa. Os depoimentos e a observação participante tornou possível a compreensão de que a rotina de cuidados decorrentes da presença de doenças crônicas faz com que os idosos se automediquem em casa devido a dois fatores principais: demora na marcação e atendimento nas instituições de saúde e experiências positivas de medicamentos utilizados em outros momentos do processo saúde e doença.

Diante dos relatos dos idosos, torna-se imprescindível identificar a ocorrência da automedicação nessa população, a fim de que sejam desenvolvidas ações em saúde que visem ao uso racional de medicamentos e que forneçam subsídios para a maximização das condições de saúde individual e coletiva, assim como práticas de cunho preventivo (FILHO; ALMEIDA; PINHEIRO, 2013).

Dessa maneira, reflete-se para a importância do enfermeiro orientar os idosos em vistas ao autocuidado terapêutico, criar estratégias que facilitem a administração desses medicamentos, orientar e apoiar esses indivíduos em caso de dúvidas e perguntas, visando prevenir possíveis agravos à saúde decorrentes de interação medicamentosa, efeitos adversos, garantindo assim a autonomia e independência dessa população.

Ainda contemplando as demandas específicas de educação terapêutica, destaca-se a **falta de preocupação diante da DCNT**, que se caracterizou como situação em que o idoso demonstrou não se preocupar com a presença de uma DCNT e com os cuidados para prevenir complicações, assim como representado nos relatos abaixo:

Eu acho que eu poderia fazer alguma coisa a mais [a fim de cuidar da saúde], mas minha coragem está tão pouca (Maria Betânia).

Mas foi o meu ginecologista que mais me orientou para eu tomar cuidado com o sol. Mas depois você perde o medo, aí você larga para lá e toma sol mesmo! Tem dia que eu vou à tarde ao jardim não passo filtro solar nem nada (Elis Regina).

Como se pode observar, a falta de preocupação com a doença crônica faz com que o cuidado terapêutico seja aquém do que se é esperado. Assim, práticas

positivas em vistas a promoção da saúde e prevenção de agravos acabam não sendo realizadas pela falta de consciência crítica dos idosos diante da importância dos cuidados com a doença crônica.

A não preocupação com os aspectos relacionados aos cuidados com a DCNT faz com que os pilares, internos e externos, do desenvolvimento proposto por Riegel fiquem fragilizados. Devido à falta de preocupação, o idoso se torna vulnerável a várias crises que podem surgir dentro das dimensões interno-biológica, individual-psicológica, cultural-sociológica e externo-física, podendo gerar agravos à saúde dessa população (ISAIA, 1996).

Assim, ao se deparar com a falta de preocupação do idoso, o enfermeiro tem papel fundamental ao estimular a reflexão crítica dessas pessoas a respeito do quadro clínico instalado.

Encontros em grupos podem facilitar o processo reflexivo dos idosos, uma vez que a troca de experiências e o diálogo entre os participantes representa estratégia de crescimento e desenvolvimento humano, tendo-se o enfermeiro como mediador e facilitador desse momento.

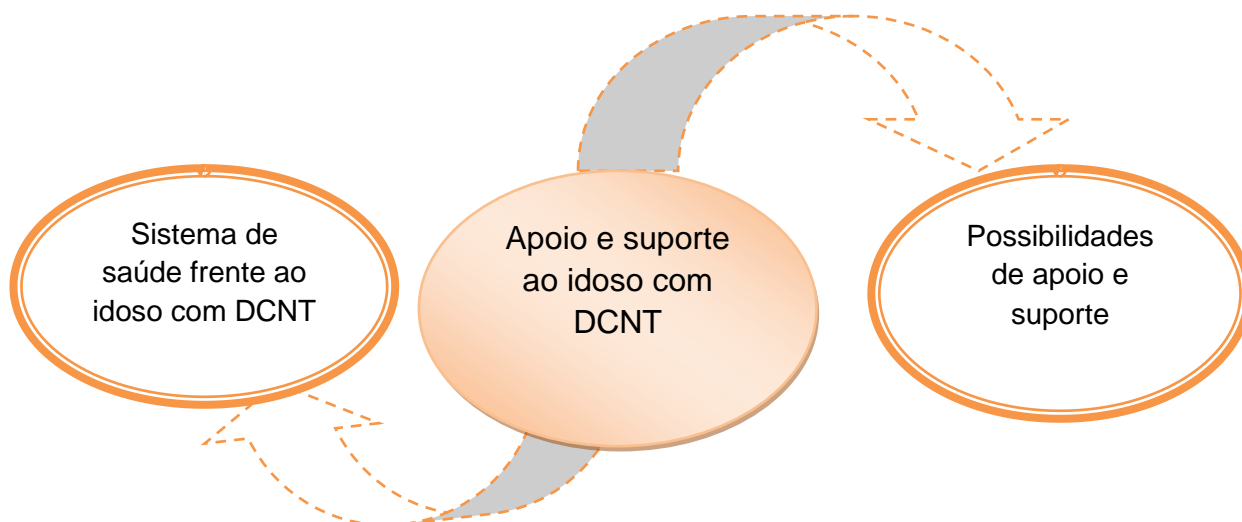
Isaia (1996) apoiando-se no pensamento de Riegel contribui neste aspecto ao apontar que a educação é fator gerador de desenvolvimento em todas as fases da vida humana e, os indivíduos, dentro dessa análise, não podem ser vistos apenas como usuários passivos da produção cultural, mas como indivíduos capazes de apropriarem-se ativamente desta produção.

6.7 Apoio e suporte ao idoso com DCNT

Após conhecer como idosos com DCNT realizam o autocuidado terapêutico em seus domicílios, dando-se destaque para os aspectos positivos, negativos e estratégias de ação realizadas neste cenário para facilitar o autocuidado; ao se compreender o conhecimento e as lacunas de conhecimento dos idosos diante do seu processo saúde-doença; e as necessidades de educação terapêutica do idoso com DCNT, parte-se para a análise sobre o apoio e suporte ao idoso com DCNT.

Nessa quarta categoria da pesquisa analisam-se duas subcategorias: sistema de saúde frente ao idoso com DCNT e possibilidades de apoio e suporte.

FIGURA 5 – Diagrama referente à categoria “Apoio e suporte ao idoso com DCNT”.



Fonte: A autora.

6.7.1 Sistema de saúde frente ao idoso com DCNT

Em relação ao sistema de saúde frente aos idosos com DCNT, foram identificados os seguintes códigos: críticas sobre o funcionamento do serviço de saúde; desconhecimento sobre o papel de cada profissional da equipe de saúde; médico como referência de cuidados a saúde; e busca e obtenção por educação em saúde.

Identificou-se nas entrevistas que as **críticas sobre funcionamento de serviço de saúde** foram frequentes entre os participantes. Caracterizou-se pelo repasse da carga de cuidados ao idoso, sem o suporte adequado em caso de urgência/emergência e sem a presença de uma assistência domiciliar, levando à sobrecarga dessa população.

Lá [UPA] é tão difícil. Você chega lá 22h e vai sair quase meia noite... É difícil demais! (Maria Betânia).

Não, ali [UAPS] tá ruim. Todo mundo reclama de posto médico essas horas. Às vezes vai procurar um negócio não tem. Ali agora só tem um médico. Tinha um ali muito atrevido, só tem clinico geral... (Eliana Pittman).

À análise pormenorizada dos dados, identificou-se que, quando o idoso buscava apoio na rede de atenção à saúde, encontrava alguns obstáculos (demora

no atendimento, falta de pessoal, falta de recursos) para obtenção do atendimento, em especial na atenção primária.

Destaca-se a importância da atuação dos enfermeiros das Unidades de Atenção Primária à Saúde no que tange às orientações para o autocuidado de idosos com DCNT. Esse nível de atenção deve se apresentar como referência de busca do idoso por informações sobre seu processo de saúde e doença.

Com base em Carpenito-Moyet (2013), entende-se que o enfermeiro apresenta competências e habilidades para identificar os idosos em alto risco de apresentar déficit no autocuidado no domicílio, em especial o autocuidado terapêutico, podendo auxiliá-los na promoção da saúde e prevenção desta grave situação.

Ao planejar e sistematizar sua prática embasada pela Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem, o enfermeiro pode lançar mão do sistema de apoio-educação, ao orientar o idoso em sua busca por recursos, seja na comunidade seja no Sistema de Saúde, que irão facilitar o autocuidado (OREM, 1995).

Torna-se importante que o idoso receba visitas domiciliares periódicas pelo enfermeiro, a fim de ser orientado a respeito de como proceder em situações de dificuldade, obter capacitação e supervisão no desempenho de suas atividades diárias, e ser ajudado a refletir sobre sua saúde.

A análise dos dados permitiu identificar também o **desconhecimento sobre o papel de cada profissional da equipe de saúde**, o qual o idoso não identifica a atuação dos diversos profissionais da equipe de saúde no seu autocuidado terapêutico, conforme relatos abaixo:

Não, com a enfermagem não, só com a medicina. Na geriatria que eu não sei... São enfermeiras? Você é enfermeira? Aquela gordinha que fala muito sobre tombos. Então, ela é da educação física. Além de você tem mais alguma lá? (Elis Regina).

Tinha uma [enfermeira] que era chefe lá [na UAPS referência]... Não sei se era ela quem mandava lá não, mas eu acho que era... Então agora ela saiu, acho que ela aposentou. Agora eu não sei quem é chefe lá e quem não é. Só conheço três enfermeiras que trabalham lá (Gal Costa).

[conhecimento do enfermeiro da UAPS] O nome não. Não sei não. Eu conheço o Senhor F. Tem um rapaz lá que chama F. e uma moça que fica no pronto atendimento chama E., quando a gente vai marcar consulta (Leila Pinheiro).

Pode-se identificar, através dos depoimentos, que os idosos não conseguem identificar o papel de cada profissional de saúde da rede no seu processo de cuidado. A atuação dos diversos profissionais se confunde no olhar do idoso, o qual acaba por não compreender a contribuição de cada um (enfermeiro, educador físico, médico, psicólogo) para sua qualidade de vida.

A busca por um olhar diferenciado sobre o exercício profissional, de modo a refletir acerca da influência dos paradigmas prevalentes na saúde brasileira, na postura profissional de valorização ou desvalorização do cuidado, é essencial quando se pensa na situação atual da saúde do país (RAMOS et al, 2013).

Essa reflexão possibilita a oportunidade de uma melhor compreensão dos fatores associados ao exercício dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro, e pode resultar, a partir desse entendimento, em melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada aos usuários dos serviços de saúde (RAMOS et al, 2013).

Ao pensar na teoria do desenvolvimento humano de Klaus Riegel e ao considerar que os profissionais de saúde compõem a sociedade que está em constante mudança, novas vivências e demandas surgem ao longo do processo de cuidar, o qual deve ser orientado pelo enfermeiro junto a uma equipe multidisciplinar, tornando-se necessário a atualização constante e a busca por estratégias que subsidiem sua prática, em vistas a proporcionar a qualidade do cuidado prestado ao idoso (ISAIA, 1996).

Faz-se necessário estar sempre em busca de novos conhecimentos, com vistas a qualificar a assistência e compartilhar essas informações com a equipe de trabalho, numa visão voltada para o ser humano. A procura de alternativas para aperfeiçoar a assistência ao cliente, fundamentada não apenas no conhecimento técnico-científico, mas também em valores pessoais, compreendendo o verdadeiro significado do cuidado humano, representa o diferencial na atuação profissional (RAMOS et al, 2013).

Assim, ao se refletir a respeito da atuação do enfermeiro junto à população idosa, vale destaca a importância do embasamento da prática profissional por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, a fim de que, através do Processo de Enfermagem e do alicerce teórico de Dorothea Orem, se possa planejar um cuidado individualizado voltado ao autocuidado do idoso de forma com que ele

participe de forma ativa desse processo e seja protagonista desse cuidado (OREM, 1995).

Apesar do desconhecimento sobre a atuação de cada profissional no processo de cuidado, foi possível identificar, de acordo com os relatos dos participantes, a posição do **médico como referência de cuidados à saúde**, ou seja, a figura do médico se apresenta como referência principal para apoio e capacitação no que tange os cuidados com a saúde, segundo os idosos.

Pode-se observar essa questão nos depoimentos destacados abaixo:

Não, não, não, não [nunca participou de grupos educativos a respeito da DRC]. Quem fala pra mim é a médica do ambulatório e esse médico lá de cima, Doutor Vander. Ele também falou comigo '-Você já deve estar orientada, porque já tem muito tempo que você tem, então é seguir essas orientações e as medicações' (Leila Pinheiro).

Ah, eu procuro o médico [quando tem dúvidas a respeito dos cuidados a saúde]... Eu marco no posto ali embaixo. Eu vou ao posto e peço encaminhamento (Gal Costa).

Foi possível compreender que os idosos que possuem alguma doença crônica, sentem a necessidade de acompanhamento médico constante em vistas ao controle da terapêutica medicamentosa e conseqüente necessidade de renovação de receitas médicas e, por isso, têm um contato frequente com esses profissionais.

Essa visão não prevaleceu quando se tratou de outros profissionais da área da saúde, o que representou a falta de conhecimento dos idosos diante da importância do enfermeiro, educador físico, psicólogo, nutricionista, nos cuidados com a saúde.

A imagem do médico como principal referência de cuidado à saúde pode estar relacionada também ao reflexo das diversas influências culturais, religiosas, políticas compatíveis com o paradigma que se tornou a base natural da ciência no período moderno.

Dando continuidade à análise dos dados, emergiu dos relatos a trajetória de **busca e obtenção por educação em saúde**, caracterizada pelo percurso realizado pelo idoso em busca por informações e esclarecimento de dúvidas sobre o autocuidado terapêutico.

Estas trajetórias incluíram os serviços dos diferentes níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), em especial públicos, como podem ser visualizados nos depoimentos a seguir:

Na associação dos diabéticos, lá que eu aprendi a conviver com a diabetes. Explicou-me direitinho, o que é a diabetes e o que ela faz (Caetano Veloso).

Só lá no HU, né? Nas nossas reuniões lá da médica, do grupo dela. Lá eles falam muito sobre a assistência social, sobre o diabético, colesterol, pressão. Tem os slides que eles passam lá e nós prestamos muita atenção. Isso para mim foi uma descoberta muito bacana, porque até então eu tomava o remédio, mas lá eles dão o remédio e explicam o efeito como é que tem que manifestar, evitar comer certas coisas. Tem aquele que tem as pirâmides, né? Da gordura no fígado. Então eu presto muita atenção lá e é onde está me esclarecendo mais... Que é lá no HU, na reunião nossa lá, da doutora e de toda sua equipe né, claro (Tom Jobim).

Nem sabia o que era. Fui a alguns médicos e eles não me falaram nada de reumatismo. Já consultei também com médico reumatologista e ele nunca falou nada e nem passava remédio específico. Então foi assim até piorar, né? Quando piorou, eu marquei lá no HU e estou tratando até hoje (Gal Costa).

Através de uma reflexão crítica sobre as trajetórias dos idosos na rede do sistema de saúde, foi possível verificar que a atenção à saúde no município sede da pesquisa, ainda está organizada segundo níveis de atenção, o que dificulta a efetivação do cuidado e da prática da integralidade conforme o ideário do SUS (COUTO, 2013).

A proposta de linhas de cuidado e organização do sistema em redes de atenção, tendo a APS como primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde ainda não foi efetivada. Assim, tem-se que os idosos muitas vezes buscam por educação em saúde no nível ambulatorial secundário, não identificando a UAPS como porta de entrada no sistema.

Tem-se que a atenção à saúde no SUS, ainda não atende ao princípio da integralidade, fragmentando-se entre os cenários assistenciais da atenção primária, secundária e terciária, sob a égide das diretrizes de hierarquização e regionalização. Cada nível de atenção oferta os cuidados de saúde com sua lógica assistencial própria e com nenhuma interlocução entre si (CASTRO, 2009).

A educação em vistas ao autocuidado terapêutico tem a capacidade de proporcionar mudanças de comportamento individuais e coletivas, contribuindo com a promoção da saúde e prevenção de agravos das DCNT, assim consiste em uma importante ferramenta para melhorar as condições de saúde e a qualidade do cuidado aos idosos e seus cuidadores, devendo ser ofertada a essa população ainda na APS.

Considera-se, nesta perspectiva, que educação terapêutica junto aos idosos com DCNT é fator gerador de desenvolvimento, conforme pressupostos riegeliano, e, os indivíduos, no âmbito dessa análise, não podem ser vistos como passivos frente à obtenção de cuidados, mas como capazes de apropriarem-se ativamente dessa prática e de refletirem sobre seu autocuidado em vistas a tomada de decisão sobre sua saúde (ISAIA, 1996).

No entanto, para que atinja sua efetividade é preciso que seja uma ação compartilhada, que tenha o processo dialogal como alicerce, a indagação e a reflexão, reconhecendo os usuários como sujeitos ativos do processo de construção de novos conhecimentos e habilidades, respeitando o contexto sociocultural em que esse indivíduo está inserido (TESTON; OLIVEIRA; MARCON, 2012).

As ações educativas junto ao idoso são fundamentais no controle da DCNT, uma vez que as complicações estão estreitamente ligadas ao conhecimento para o autocuidado terapêutico e aos hábitos de vida. O idoso necessita ser encorajado pelo enfermeiro a manter uma vida com autonomia, adaptando-se da melhor forma possível às mudanças associadas ao controle da DCNT. As práticas educativas têm muito a colaborar para uma melhor qualidade de vida e maior adesão e incentivo ao autocuidado terapêutico no domicílio (GUERRA, 2013).

Assim, o enfermeiro exerce um papel essencial na orientação, educação e gerenciamento do processo de educação em saúde, em diferentes cenários de atuação com indivíduos ou grupos populacionais diversificados.

6.7.2 Possibilidades de apoio e suporte

A partir das observações realizadas nos domicílios dos idosos com DCNT que tinham a necessidade de realizar cuidados específicos em casa a fim de manter e promover sua saúde, foi possível uma melhor compreensão acerca das possibilidades de apoio e suporte na visão desses indivíduos.

Assim, nesta subcategoria foram identificados os seguintes códigos: reconhecimento de apoio e suporte; falta de apoio familiar; religiosidade como apoio e suporte; preocupação do apoio financeiro para o autocuidado; e aprendizagem do autocuidado através da participação em grupos educativos.

Durante as visitas domiciliares, a observação participante e a posterior análise dos dados foi possível identificar uma rede de apoio social externada pelos idosos

como referência em momentos de necessidade de apoio aos cuidados com a saúde, representando auxílio direto na demanda de cuidados do idoso.

Esse **reconhecimento de apoio e suporte** envolveu a presença da equipe de saúde, do cônjuge e, em alguns casos, da família, assim como pode ser observado nos relatos abaixo:

Se eu tiver que recorrer tem meus cunhados, minhas cunhadas, concunhado... Tem muita gente. Tenho certeza que no chão eu não fico. Isso aí, nós somos muito unidos nessa parte, nós temos uma união 100%, isso aí eu posso ficar despreocupado. Sem um remédio não fico, sem internação eu não fico. Desse risco eu não corro. Tenho certeza que dá tudo certo. Conforme eu faço pra eles, tenho certeza que eles vão fazer pra mim (Tom Jobim).

Olha, eu já sabia um pouquinho, mas eu aprendi muito com vocês lá [HU], aprendi muito mesmo! Porque a explicação que dão tem dia que é de nove e pouca às onze e meia. Tem dia que passa de meio dia, quer dizer, todas elas... Falou da diabetes, da hipertensão, falou da educação, da educação que a gente tem que ter com o alimento, do que a gente pode comer e do que não pode; e falou de várias coisas, tudo que ensinou da limpeza que a gente tem que ter com o corpo da gente, com a casa da gente, com a comida, como a gente tem que preparar. E se a gente já sabe um pouquinho, uma hora a gente vai cuidar, não é? (Elizeth Cardoso).

Eu tomo remédio, eu evito o sal. Apesar de que tem hora que a esposa coloca um pouquinho de sal a mais na comida e eu puxo a orelhinha dela (risos)... Mas agora nós estamos indo bem... Ela agora está cooperando comigo (Tom Jobim).

Como verificado em categorias anteriores, o processo de cuidar dos idosos no contexto domiciliar pode desencadear o surgimento de uma série de repercussões negativas e limitações, que repercutem na qualidade de vida e no bem estar desses sujeitos.

Em decorrência da sobrecarga física e do desconforto emocional vivenciado, por vezes, de forma contínua, os idosos podem desenvolver quadros familiares de falta de harmonia com consequentes episódios de crises e conflitos que, segundo Riegel, lhes prejudicam o desenvolvimento, e mediante a isso se notam reflexos negativos e agravos ao quadro clínico (ISAIA, 1996).

O reconhecimento dos profissionais de saúde como rede de apoio e suporte ao idoso deve ser valorizado pelo enfermeiro, uma vez que representa oportunidade de estreitar o vínculo profissional-idoso, identificar as facilidade e dificuldades encontradas no autocuidado, auxiliar de forma direta, na execução de atividades de

cuidado, ou mesmo indireta, como no apoio emocional e espiritual, contribuindo assim para o alívio da tensão do processo de cuidar em casa.

Além do suporte profissional o idoso necessita contar com uma rede de suporte social, assim como destacado nos relatos acima, que pode ser constituída por pessoas ou grupos da própria comunidade que sejam significativos, como vizinhos, cônjuge e amigos, que possam apoiar no complexo processo de cuidar.

A rede de suporte social e o apoio de profissionais da saúde representam segurança para o idoso. A possibilidade de ter a quem recorrer em casos de necessidade, diminui a sobrecarga emocional do idoso, favorecendo assim o cuidado terapêutico no domicílio.

Ainda na perspectiva de apoio e suporte ao idoso, a **falta de apoio familiar** foi uma questão presente na maioria dos participantes da pesquisa. Foi caracterizada quando o idoso não encontrava na família ajuda financeira ou para o auxílio para o cuidado com a sua saúde, conforme relatos abaixo:

Outro dia esse Dr. M. perguntou ‘Mas a senhora só anda sozinha?’... Eu falei, ‘Meu filho, andar com quem?’ Eu não vou incomodar os outros, minha nora trabalha, meu filho trabalha, minha neta estuda, então, enquanto eu puder eu vou... (Nara Leão).

Meus irmãos pra lá e eu pra cá. A gente comunica, mas não é tanto (Eliana Pittman).

O que me atrapalha muito é, às vezes, não ter um apoio mais legal. Apoio da família... Às vezes me apoiam em certas coisas, às vezes tem coisas que fica a desejar... (Gal Costa).

Que isso, tem gente que acha que isso é amolação, mas eu não. Eu fico satisfeita, isso é bom, isso ajuda a gente (Claudette Soares).

Eu tomo remédio, eu evito o sal. Apesar de que tem hora que a esposa coloca um pouquinho de sal a mais na comida e eu puxo a orelhinha dela (risos)... Mas agora nós estamos indo bem... Ela agora está cooperando comigo! (Tom Jobim).

Segundo os idosos, a falta de apoio familiar não se referia apenas à ajuda na execução dos cuidados a serem realizados no domicílio, mas também ao apoio e suporte financeiro oriundos do aumento dos gastos com os cuidados do idoso (medicação, consultas, transporte).

A falta de apoio e suporte familiar contribui com a elevação dos níveis de sobrecarga e desconforto emocional dos idosos. Assim uma estratégia para minimizar os impactos negativos do processo de cuidar seria a implementação de

redes de suporte e apoio às famílias e o incentivo a realização de visitas mais frequentes de amigos e vizinhos que possam contribuir com o cuidado ao idoso.

Eliopoulos (2011) colabora com essa discussão ao apontar que atualmente a dinâmica entre os membros da família pode causar efeitos negativos ou positivos nos idosos. Observa-se que estilos de vida, habitação e expectativas da sociedade na cultura ocidental não promovem a convivência entre pais e filhos em um mesmo espaço. A maioria dos idosos quer morar em sua própria casa e, quando possível, consegue isso.

Assim, acredita-se que devido à independência e à autonomia buscada intensamente pelos idosos, muitas vezes, com as alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento e o surgimento das doenças crônicas, não identificam a necessidade de auxílio de terceiros para a realização do autocuidado, afastando família e amigos deste processo.

Os enfermeiros precisam refletir, dessa forma, a respeito das várias estruturas, papéis e relações familiares, além de identificar a capacidade de autocuidado terapêutico dos idosos, para que trabalhem com maior eficiência diante da necessidade de cuidados específicos de enfermagem a esses idosos no domicílio.

A análise dos relatos permitiu identificar as manifestações do idoso em relação a sua fé, apresentando-a como forma principal de suporte no enfrentamento da doença, isto é, a **religiosidade como apoio e suporte** no cuidado.

A alimentação no controle certo. Comecei a controlar a alimentação e acelerar a caminhada e a insulina graças a Deus, têm 11 anos que eu não sinto nada, ela não sobe, nem desce. Tudo normal, graças a Deus, eu sei o que me ajuda primeiro é Deus depois é a insulina e a caminhada (Caetano Veloso).

Até que assim não, eu ando muito. Num momento eu saio daqui e vou lá embaixo. Graças a Deus pra andar assim não... Tem dia que eu fico cansada, com as pernas doendo, mas é um cansaço assim normal né, mas do contrário não (Claudete Soares).

Mas eu tenho certeza minha filha, Deus não vai permitir que eu faça pavor em vocês [em relação a agravos a saúde], não vou mesmo! (Nara Leão).

Eliopoulos (2011) aponta que a maioria das pessoas obtém conforto ao saber que estão em conexão com um poder maior além delas. Uma relação harmoniosa e positiva com Deus ou outro poder superior ajuda os indivíduos a se sentir unidos

com outros indivíduos, com a natureza e com o ambiente. Isso proporciona amor e uma sensação de valor, apesar de suas imperfeições e erros. Assim, o sofrimento e as agruras adquirem sentido, sendo enfrentados com mais força.

Os idosos são seres espirituais; assim, cuidados espirituais devem ser um elemento integrante dos cuidados completos. Perceber a conexão com algo maior que si mesmo fortalece os idosos, levando-os a se sentir acima dos desafios físicos, intelectuais, emocionais e sociais e a descobrir a paz e a harmonia que facilitam a cura e o bem-estar. A autovalorização pode ser alcançada, dando integridade e alegria ao último segmento de vida (ELIOPOULOS, 2011).

É possível observar que os idosos buscavam na fé em Deus e na religião a força, sabedoria e paciência para enfrentar as dificuldades e os problemas decorrentes do processo de cuidado.

Estes fatores mostraram que, de acordo com Fernandes e Garcia (2009), a saúde física e mental, crenças, habilidades e recursos também influenciam a maneira pela qual uma pessoa enfrenta uma situação estressante.

O suporte da religiosidade contribuiu não somente no enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos idosos, mas também na busca por um sentido à vida e por forças para o enfrentamento de uma doença crônica, em vistas a prevenir momentos de desequilíbrio com crises que podem representar fatores negativos no processo de cuidar em casa. Além disso, a presença da religiosidade possibilitou uma interpretação da condição clínica vivenciada de maneira mais positiva, dando-lhes força para continuar seguindo com os cuidados com a saúde, o que consideravam ser uma missão.

Pode-se dizer que, nessas circunstâncias, a religiosidade pode ser utilizada como fator protetor e que contribui com a redução dos níveis de sobrecarga e desconforto emocional dos idosos, sendo essencial que seja estimulada pelo enfermeiro durante as consultas individuais, as práticas desenvolvidas em grupo e as visitas domiciliares.

A análise dos depoimentos permitiu identificar a **preocupação do apoio financeiro para o autocuidado** que representou situação em que o idoso demonstrou dificuldades com aumento de custos e comprometimento do seu orçamento, podendo ou não contar com o apoio da família.

Ah, eu acho que seria mais das minhas irmãs do que dos meus filhos [apoio familiar]. Todos os dois fariam 'das tripas coração', muito sacrifício para me ajudar, se não fosse essa herança que eu recebi, essa herança que o meu marido me deixou, a vida ia ficar bem complicada. Mas eles teriam que fazer muito sacrifício para me ajudar. Agora minha irmã do meio, financeiramente, ela é mais tranquila. Ela me ajudaria, o marido dela me ajudaria (Elis Regina).

Mexeu no bolso, acabou. Nunca pedi nada [aos familiares], sempre ajudei (Eliana Pittman).

Não, não tenho a quem recorrer em caso de necessidade financeira. É só mesmo o meu salário (Tom Jobim).

Não [não tem nenhum tipo de apoio suporte financeiro]. Eu vivo mesmo do salário que eu ganho. Eu tenho ajuda da minha nora aqui dentro de casa, isso tem. Ela me ajuda a comprar as coisas também. Mas eu não tenho pensão de marido, essas coisas assim eu não tenho não (Maria Betânia).

A dificuldade financeira provocada pela baixa renda e pelo aumento das despesas em função das demandas do processo de cuidar, como necessidade de comprar medicamentos que não eram fornecidos pelo SUS e demandas específicas do cuidado, pôde ser observada no cotidiano de alguns idosos. A preocupação do apoio financeiro para o autocuidado somado a outros aspectos contribuía com desgaste físico e emocional por ser mais um elemento gerador de preocupação no contexto do cuidado no domicílio.

Os relatos revelaram que apesar de alguns idosos possuírem uma renda mensal, evidenciou-se que em caso de necessidade financeira devido ao adoecimento, muitas vezes os idosos não têm a quem recorrer aumentando a preocupação em relação ao bem estar diante do estado clínico. Dessa forma, torna-se importante que os profissionais de saúde se preocupem em adequar o plano de cuidados à individualidade e ao contexto de cada idoso, para que seja um plano real e possível de ser realizado por esses indivíduos.

Destaca-se dessa forma a importância da escuta terapêutica, do processo dialogal e da adaptação da linguagem durante a assistência aos idosos. Buscar dessas pessoas o contexto social, os hábitos de vida, as possibilidades de apoio e suporte dentro da rede social é essencial para a eficácia do cuidado em casa.

Visitas domiciliares se fazem necessárias uma vez que possibilita aos profissionais de saúde a imersão no contexto sociocultural de cada idoso sob seus cuidados e assim, garante uma melhor assistência ao permitir a utilização de

estratégias dentro da realidade do idoso que facilite o cuidado terapêutico no domicílio.

Dando continuidade na análise dos dados, emergiu dos relatos a **aprendizagem do autocuidado através da participação em grupos educativos** como possibilidade de apoio e suporte ao idoso com DCNT.

Só lá no HU né [participação em grupos de educação em saúde]? Nas nossas reuniões lá da médica, do grupo dela... Lá eles falam muito sobre a assistência social, sobre o diabético, colesterol, pressão. Tem os slides que eles passam lá e nós prestamos muita atenção. Isso para mim foi uma descoberta muito bacana, porque até então eu tomava o remédio, mas lá eles dão o remédio e explicam o efeito como é que tem que manifestar, evitar comer certas coisas. Tem aquele que tem as pirâmides, né? Da gordura no fígado... Então eu presto muita atenção lá e é onde está me esclarecendo mais... Que é lá no HU, na reunião nossa lá, da médica e de toda sua equipe né, claro (Tom Jobim).

Olha, eu já sabia um pouquinho, mas eu aprendi muito com vocês lá, aprendi muito mesmo! Porque a explicação que dá, tem dia que é de nove e pouca às onze e meia. Tem dia que passa de meio dia, quer dizer, todas elas... Falou da diabetes, da hipertensão, falou da educação, da educação que a gente tem que ter com o alimento, do que a gente pode comer e do que não pode; e falou de várias coisas, tudo que ensinou da limpeza que a gente tem que ter com o corpo da gente, com a casa da gente, com a comida, como a gente tem que preparar. E se a gente já sabe um pouquinho, uma hora a gente vai cuidar, não é? (Elizeth Cardoso).

A partir dos relatos se pode observar que a participação nos grupos educativos com a presença de uma equipe multiprofissional e a abordagem de temas de interesse dos idosos traz reflexos positivos a essa população, fazendo com que seja mais bem preparada para se cuidar em casa.

Tem-se que os idosos demonstram grande interesse em participar dos grupos educativos para o autocuidado terapêutico e se sentem agradecidos por poderem aprender cuidados específicos relacionados a sua saúde.

O processo de cuidado do profissional enfermeiro junto ao idoso, alicerçado no Processo de Enfermagem, permite uma assistência embasada no referencial teórico do autocuidado de Dorothea Orem. Nesta perspectiva, tem-se que no sistema de apoio-educação proposto pela teórica, o enfermeiro tem o papel de promover o cliente como um agente ativo de autocuidado, fomentando a tomada de decisão, o controle do comportamento e a aquisição de conhecimento e habilidades (OREM, 1995).

A modalidade de assistência por meio de grupo de convivência de idosos funciona como uma estratégia de intervenção junto a essas pessoas, uma vez que proporciona um espaço de troca de experiências relacionadas ao autocuidado terapêutico, e ao mesmo tempo, possibilita esclarecimentos sobre questões gerais relacionadas ao envelhecimento e suas repercussões e específicas sobre cuidados a serem realizados em casa.

A realização dos grupos com idosos deve ser planejada e conduzida por equipe multiprofissional, utilizando-se dinâmicas de grupo, exposição dialogada, temática de interesse dos participantes, linguagem clara e simples de forma que os idosos possam se inserir no encontro e participar ativamente, contribuindo com sua bagagem cultural, experiências de vida, e refletindo criticamente a respeito do seu processo de saúde e doença.

A participação dos idosos em grupos de capacitação ou apoio precisa ser incentivada pelo enfermeiro, uma vez que funcionam como espaço que possibilita o compartilhamento de vivências relacionadas ao cuidado, troca de experiências positivas ou negativas, e possibilidade para superarem as dificuldades e os sentimentos negativos como angústias, medos, inseguranças, conflitos e tensões.

Evidenciou-se, tendo a categoria central da pesquisa como ponto de partida, que o processo de educação terapêutica realizado com idosos que possuem DCNT e têm a necessidade de se cuidar em casa, aumenta o conhecimento dessas pessoas sobre a saúde e os cuidados terapêuticos específicos a serem realizados no domicílio, estimulando a autonomia para tomada de decisões sobre o processo saúde e doença.

Identificou-se ainda que dentro do grupo populacional estudado, a busca por orientação relacionada à saúde, a participação em grupos educativos, a perspectiva positiva em relação ao envelhecimento, o enfrentamento da doença crônica, apresentaram-se como fatores que influenciam o processo de aprendizagem do autocuidado terapêutico por esses idosos. Entende-se, portanto, que esse movimento, social e individual, que permeia a aprendizagem do idoso para o autocuidado terapêutico influencia diretamente e está inter-relacionado com a capacidade para a realização do autocuidado terapêutico dessa população no domicílio.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos com a realização desta pesquisa permitiram uma compreensão do autocuidado do idoso com doença crônica no ambiente domiciliar. A abordagem metodológica utilizada, a estratégia de visita domiciliar, a realização de entrevista semiestruturada e a observação participante, possibilitaram aproximar da realidade sociocultural de cada idoso, vivenciar o cotidiano de cuidados e estabelecer uma relação de confiança, a qual permitiu diálogos permeados por emoções e que expressaram as dificuldades, limitações, necessidades e potencialidades no autocuidado terapêutico realizado em casa.

Ao conhecer o cotidiano de cuidado dos idosos, observaram-se aspectos e repercussões positivas e negativas que direta ou indiretamente influenciaram na realização do autocuidado terapêutico no domicílio. A complexidade terapêutica, a internalização distorcida dos conceitos, as limitações nas AVD e a perspectiva negativa do envelhecimento, apresentaram-se como aspectos negativos que refletiram no autocuidado. Emergiram dos dados, também, estratégias de ação realizadas pelos idosos no domicílio para a realização do autocuidado terapêutico, dando-se destaque para a presença de um cuidador.

Tornar-se cuidador de si mesmo diante a DCNT configurou-se na necessidade de mudanças de comportamento mediante a internalização de conhecimentos relacionados à promoção da saúde e prevenção de agravos. Assim, através das visitas domiciliares aos doze idosos participantes do estudo, pode-se perceber que a realização do autocuidado ocorria de forma eficiente e eficaz naqueles idosos que buscavam conhecer e refletir acerca da sua saúde, aplicando no domicílio as orientações oriundas do processo de educação terapêutica desenvolvida pela equipe de saúde.

O contexto domiciliar de cuidado do idoso se estabeleceu, algumas vezes, em um cenário com sobrecarga e desconforto emocional, medo de piora do quadro clínico e sentimento de sobrecarga à família, caracterizado pela tensão do idoso diante da necessidade de se autocuidar em casa.

Diante da realização do autocuidado no domicílio, foi possível identificar demandas específicas de educação terapêutica, dando-se destaque para automedicação e despreparo para o cuidado.

O apoio e suporte ao idoso com DCNT tornou-se um fator interveniente no processo de cuidado terapêutico dessa população. Emergiram dos relatos críticas sobre o funcionamento do serviço de saúde, falta de apoio familiar, preocupação em relação ao apoio financeiro para o autocuidado. Nesse sentido evidenciou-se a importância da presença de profissionais da saúde, entre os quais se destaca o enfermeiro, para apoiar e auxiliar o idoso diante dessas necessidades, contribuindo com a aprendizagem e tomada de decisões e auxiliando no planejamento e execução das atividades de cuidado, favorecendo a adaptação ao processo de cuidar e a superação dos impactos negativos vivenciados em cada contexto sociocultural.

Os dados empíricos aliados ao conhecimento advindo da experiência na atuação profissional junto aos idosos, iluminados pelos referenciais da Teoria Dialética do Desenvolvimento de Klaus Riegel e da Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem permitiram a construção de um pressuposto teórico oriundo do fenômeno estudado.

A partir da concepção construtivista e interpretativa que orientou esta investigação, compreende-se que pessoas com 60 anos de idade ou mais ao receberem orientações terapêuticas, durante a consulta de enfermagem e a inserção em grupos educativos, para serem operacionalizadas em seus domicílios são influenciadas pela forma como apreenderam as informações e orientações recebidas; pela cultura e práticas de saúde que possuem aderência; pela capacidade de reter e reproduzir as informações e/ou conhecimento novos e pelas demandas e relevância que atribuem às práticas de autocuidado.

Para que idosos com DCNT atinjam a autonomia e a independência que se almeja para o autocuidado terapêutico no domicílio, faz-se necessária uma reflexão acerca da importância da aprendizagem dos indivíduos para o autocuidado em casa nas diversas fases do desenvolvimento humano.

Ao se refletir sobre os pormenores de uma abordagem integral do ser humano no que envolve o processo de saúde desde a infância, no sentido de promoção da saúde, a construção de um pensamento crítico dos indivíduos ao longo do curso da vida permite que, ao se depararem com uma DCNT na velhice, o processo de autocuidado terapêutico e sua aplicação no domicílio sejam facilitados.

Dessa forma, tem-se que a atuação do enfermeiro nos aspectos determinantes do aprendizado do idoso em relação ao autocuidado terapêutico é

fundamental para a promoção do bem estar do idoso frente ao adoecimento. Ao apoiar e auxiliar o idoso e seu cuidador nos cuidados terapêuticos realizados no contexto domiciliar, auxiliando no planejamento e execução das atividades de cuidado e no enfrentamento da doença, o enfermeiro favorece a adaptação ao processo de cuidar e contribui para a autonomia e independência dessa população.

Espera-se que esta investigação contribua para o planejamento das ações das equipes interdisciplinares de atenção à saúde do idoso e que o enfermeiro, dentro dessa equipe, ao estar ciente das dificuldades e demandas apresentadas por esses indivíduos na realização do autocuidado, possa repensar a organização do processo de trabalho, avaliando as atividades de educação em saúde, como grupos de apoio/capacitação e a realização de visitas domiciliares, que atendam as necessidades individuais de cada idoso, contribuindo para diminuir a tensão vivenciada em seus quotidianos.

Deseja-se ainda que o estudo possa iluminar o pensamento dos enfermeiros em vistas à valorização da função de educador que esse profissional possui junto à sociedade, resgatando a consulta de enfermagem sistematizada seja dentro de instituição de saúde ou no próprio domicílio dos idosos.

Acredita-se que com a divulgação da pesquisa também seja possível contribuir para a construção de conhecimentos da Enfermagem gerontológica, fornecer subsídios ao processo de cuidar pelo enfermeiro relacionado a idosos com DCNT que demandam cuidados de enfermagem no domicílio.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. **Promoção da saúde e envelhecimento**: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro: CRDE UnATI UERJ, 2002. (Série Livros Eletrônicos Programas de Atenção a Idosos).

BLUMER, H. **Symbolic interactionism perspective and method**. Califórnia: Prentice-Hall, 1969.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Básica; n. 19).

_____. Ministério da Saúde. Lei 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2003. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/98301/estatuto-do-idoso-lei-10741-03>> Acesso em: 22 de nov de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. 192p. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRUNNER; SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

CALDAS, C.P. **Conceitos básicos em gerontologia**. In: formação Humana em Geriatria e Gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar. UNATI/UERJ, Rio de Janeiro, 2007.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Diagnósticos de enfermagem**: aplicação à prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013.

CASTRO, E. A. B. Tecendo a rede de proteção após a queda: o cuidado depois da alta. In: CAMARGO JUNIOR, K. R. **Por uma filosofia empírica da atenção à saúde**: olhares sobre o campo biomédico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 155-87.

CASTRO, E.A.B., ANDRADE, A.M., SANTOS, K.B., SOARES, T.C., ESTERCI, L.T. Autocuidado após o transplante de medula óssea autólogo no processo de cuidar pelo enfermeiro. **Rev Rene**. v.13, n.5, p.1152-62, 2012.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso** / Flávio Chaimowicz com colaboração de: Eulita Maria Barcelos, Maria Dolores S. Madureira e Marco Túlio de Freitas Ribeiro. 2.ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG. 167p., 2013.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: Guia Prático para análise Qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CINTRA, R. M. G.; OLIVEIRA, D.; SILVA, L. M. G. Estado nutricional de idosos. **Alim Nutr Araraquara**. v. 23, p.567-575, 2012.

COFEN. Lei n. 7498 que dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da Enfermagem e dá providências. 119, D. Brasília (BR): Conselho Federal de Enfermagem, 25 jun 1986.

COSTA, S. R. D. **Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar**: uma contribuição para o cuidado de enfermagem. 2012. 165. Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

COUTO, A.M. **Cuidador familiar de idoso dependente**: vivências de cuidar em contexto domiciliar e implicações para a enfermagem. 2013. 178F. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

DÍAZ, A. L.L.; GAMBOA, S.G. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 24, p. 90-100, 2006.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FERNANDES, M.G.M.; GARCIA, T.R. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev Esc Enf USP**. São Paulo, v. 43, n. 4, p. 818-24, 2009.

FILHO, P.C.P.; ALMEIDA, A.G.P.; PINHEIRO, M.L.P. Automedicação em idosos: um problema de saúde pública. **Rev enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 197-201, abr/jun 2013.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405p. (Métodos de Pesquisa).

FORONI, P. M.; SANTOS, P. L. Fatores de risco e proteção associados ao declínio cognitivo no envelhecimento - Revisão sistemática de literatura. **Rev Bras Promoc Saúde**. Fortaleza, v.25, n.3, p. 364-373, 2012.

FOSTER, P. C.; BENNETT, A. M. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, J. B. e Col. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

FREITAS, E. V. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre. 2000.

GOUVEIA, L. A. G. Envelhecimento populacional no contexto da Saúde Pública. **Tempus actas de saúde colet.** v.6, n.4, 2012.

GUERRA, R. G.M. **Convivência da pessoa idosa com diabetes buscando autonomia para o autocuidado: estudo sociopoético**. 2013. 136f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**. Rio de Janeiro: Pesq. Nac. amost. domic. 31: 1-135 p., 2011.

ISAIA, S.M.A. Fundamentos psicológicos da educação: uma leitura vygotskiana e riegliana. **Perspectiva**. Florianópolis, UFSC/CED, NUP, n. 24, p. 111-124, 1996.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Saúde 2010-2013**. Juiz de Fora: Secretaria Municipal de Saúde, 2010. Mimeografado.

JUIZ DE FORA. Universidade Federal de Juiz de Fora. Centro de Pesquisas Sociais. **Diagnóstico socioeconômico da população idosa de Juiz de Fora: perfil do idoso residente na área urbana de Juiz de Fora**. Juiz de Fora: Pró-reitoria de extensão, 2012.

KLETEMBERG, D. F. et al. O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. **Rev Bras enferm.** v. 63, p. 26-32, 2010.

KREBS, R. J. **Desenvolvimento humano: teorias e estudos / organizador Ruy** Jornada Krebs – Santa Maria: Casa Editorial, 1995.

LOURENÇO, T. M. **Capacidade funcional do idoso longo vivo admitido em unidades de internação hospitalar na Cidade de Curitiba - PR**. 2011. 133, Universidade Federal do Paraná Curitiba.

MACHADO, W. C. A.; MOUTINHO, J. A.; FIGUEIREDO, N. M. A. D. **Estratégias intersetoriais de promoção da saúde de idosos no centro sul fluminense, Brasil: relato de experiência**. v.4, n.1, 2013. Disponível em: < <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/324> > Acesso em 28 fev 2013.

MARTINS, J. D. J. et al. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. **Rev Eletr Enf. [Internet]**. v.9, n.2, p. 443-56, 2007.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**. Oficina 1 – Redes de Atenção à Saúde. Guia do Tutor/Facilitador. Belo Horizonte, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Melhor em Casa. Segurança do hospital no conforto do seu lar. Caderno de atenção domiciliar. v.1. Brasília. 2012.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 98p., 2012.

MOREIRA, R. S. P. **Pensando o Estatuto do Idoso no âmbito da saúde: uma reflexão à prática da cidadania (Dissertação)** - Centro de Ciências da Saúde, Rio Grande do Norte, 2009.

MOTA, M.S.G., PEREIRA, F.E.L. Processo de construção do conhecimento e desenvolvimento mental do indivíduo (TCC), 2013.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Salud de las personas de edad: envejecimiento y salud: un cambio de paradigma: 122ª sección**. Washington (USA): OMS/OPAS, 1998.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Guia global das cidades amigas das pessoas idosas**. 2009. Versão traduzida para o português. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789899556867_por.pdf. Acesso em: 02 de Janeiro de 2013.

_____. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice**. Secretaria Estado de Saúde de São Paulo, 2009. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/35344001_site.pdf Acesso: 12 set 2012.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília (DF): OMS, 2003

OREM, D. **Nursing concepts of practice**. 5.ed. New York: Mosby, 1995.

PAPALÉO NETO, M. **Tratado de Gerontologia** / Matheus Papaléo Netto. 2.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; SOUZA, A.M.A.; VIEIRA, N.F.C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Rev enferm UERJ**. v.15, n.2, p.276-83, abr/jun 2007.

RAIMONDO, M. L. et al. Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm.** v. 65, p. 529-534, 2012.

RAMOS, D.K.R., MESQUITA, S.K.C., GALVÃO, M.C.B., ENDERS, B.C. Paradigmas da saúde e a (des)valorização do cuidado em enfermagem. **Enfermagem em Foco.** v. 4, n.1, p. 41-44, 2013.

RIGOTTI, J. I. R. Transição Demográfica. **Educ Real**, v.37, p. 467 – 490, 2012.

SILVA, M. D. D. S. O. **Educar para o autocuidado num serviço hospitalar.** (Mestrado). 2007. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.

SILVEIRA, N. D. R. **A pessoa idosa : educação e cidadania /** Nadia Dumara Ruiz Silveira, Maria Cristina Bortolozzo, Dirce Maran de Carvalho ; [coordenação geral Áurea Eleutério Soares Barroso]. São Paulo: Secretaria estadual de assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta, 2009.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. **Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative.** 2.ed. Philadelphia: Lippincott, p. 99-115, 1999.

TAVARES, A. A. et al. (Re)Organização do cotidiano de indivíduos com doenças crônicas a partir da estratégia de grupo. **Cad Ter Ocup UFSCar.** São Carlos. v.20, p. 95-105, 2012.

TESTON, E. F.; OLIVEIRA, A.P.; MARCON, S.S. Necessidades de educação em saúde experienciadas por cuidadores de indivíduos dependentes de cuidado. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, esp. 2, p. 720-5, dez. 2012.

UFJF. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. **Hospital Universitário.** Disponível em: < <http://www.ufjf.br/hu/institucional>>. Acesso em 12 nov. 2012.

VAN IJZENDOORN, M. H.; GOOSSENS F. A.; VEER, R. V. Klaus F. Riegel and dialectical psychology: in search for the changing individual in a changing society storia e critica della psicologia. [s.l], v. 5, n. 1, junho 1984.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios, inovações. **Rev Saúde Pública.** São Paulo, v.43, p.548-54, 2009.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial, p. 62-4, 2000.

VITOR, R.S.; LOPES, C.P.; MENEZES, H.S.; KERKHOFF, C.E. Padrão de consumos de medicamentos sem prescrição médica na cidade de Porto Alegre, RS. **Ciênc saúde coletiva.** v. 13, p. 737-43.

WERLANG, M.C.; ARGIMON, I.I.L.; STEIN, L.M. Estratégias de memória utilizadas por idosos para lembrarem o uso dos seus medicamentos. **Estud interdiscipl envelhec**. Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 95-115, 2008.

WHO. World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 60p., 2005.

WOLD, G. **Enfermagem Gerontológica** / Glória Hoffmann Wold. Tradução Ana Helena Pereira Correa et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

WONG, L. R.; CARVALHO, J. A. M. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas Revista Brasileira de Estudos Populacionais. **Rev bras estud popul.** v.23, p. 5-26, 2006.

APÊNDICE A – Declaração de concordância da Coordenadora do Ambulatório de Geriatria e Gerontologia do HU / UFJF



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 RUA CATULO BREVIGLIERE, S/Nº
 36036-110 – JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

Eu, **Profa. Eliane Baião Guilhermino Alves**, Responsável pelo Ambulatório de Geriatria e Gerontologia do Hospital Universitário/Centro de Atenção à Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), autorizo as pesquisadoras Edna Aparecida Barbosa de castro e Camila Medeiros dos Santos a realizar sua pesquisa no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), intitulada: **"Estudo do autocuidado e processo educativo de idosos portadores de doenças crônicas que demandam cuidados de enfermagem no domicílio"**.

Trata-se de uma pesquisa que tem como principais objetivos: compreender as necessidades de educação em saúde para o autocuidado do ponto de vista dos idosos que convivem com doenças crônico-degenerativas; captar a trajetória de busca e obtenção de educação em saúde na rede de atenção à saúde do SUS; identificar o conhecimento que o idoso possui acerca da doença, seus tratamentos e cuidados de promoção da saúde e prevenção de complicações; identificar as facilidades e dificuldades que o idoso apresenta na realização do autocuidado terapêutico; compreender como o idoso aplica em sua vida cotidiana os conhecimentos de promoção da saúde e prevenção das complicações das doenças crônicas resultantes de práticas educativas institucionalizadas; e discutir acerca da contribuição da enfermagem em contexto assistencial multiprofissional na manutenção e promoção do autocuidado na área da atenção à saúde do idoso.

O pesquisador responsável da pesquisa se compromete a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização dos sujeitos da pesquisa garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima de prestígio econômico ou financeiro.

Juiz de Fora, 17 de ABRIL de 2013.

Profa. Eliane Baião Guilhermino Alves

Responsável pelo Ambulatório de Geriatria e Gerontologia HUMCAS

Emprego Responsável
 Registro Profissional
 CRM-MG 25086

APÊNDICE B – Declaração de concordância da Coordenadora dos Ambulatórios do HU / UFJF



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 RUA CATULO BREVIGLIERE, S/Nº
 36036-110 – JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

Eu, **Rita de Cássia Quáglio Serrão**, Coordenadora do Ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, autorizo as pesquisadoras Edna Aparecida Barbosa de Castro e Camila Medeiros dos Santos a realizar em sua pesquisa no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), intitulada: **“Estudo do autocuidado e processo educativo de idosos portadores de doenças crônicas que demandam cuidados de enfermagem no domicílio”**.

Trata-se de uma pesquisa que tem como principais objetivos: compreender as necessidades de educação em saúde para o autocuidado do ponto de vista dos idosos que convivem com doenças crônico-degenerativas; captar a trajetória de busca e obtenção de educação em saúde na rede de atenção à saúde do SUS; identificar o conhecimento que o idoso possui acerca da doença, seus tratamentos e cuidados de promoção da saúde e prevenção de complicações; identificar as facilidades e dificuldades que o idoso apresenta na realização do autocuidado terapêutico; compreender como o idoso aplica em sua vida cotidiana os conhecimentos de promoção da saúde e prevenção das complicações das doenças crônicas resultantes de práticas educativas institucionalizadas; e discutir acerca da contribuição da enfermagem em contexto assistencial multiprofissional na manutenção e promoção do autocuidado na área da atenção à saúde do idoso.

A pesquisadora responsável pela pesquisa se compromete a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização dos sujeitos da pesquisa garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima de prestígio econômico ou financeiro.

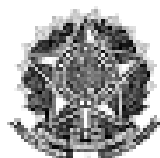
Juiz de Fora, 08 de maio de 2013.

Rita de Cássia Quáglio Serrão

Rita de Cássia Quáglio Serrão
 Coordenadora do Ambulatório do HU-UFJF

Rita de Cássia Quáglio Serrão
 ASSIST. SOCIAL-CRESS 3056
 CHEFE DO AMBULATÓRIO - HU-UFJF

APÊNDICE C – Declaração de concordância da instituição hospitalar do HU / UFJF



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 RUA CATULO BREVIGLIÈRE, S/Nº
 36036-110 – JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

Eu, Prof. Dr. Dimas Augusto Carvalho de Araújo, Diretor Geral do Hospital Universitário da UFJF, autorizo as pesquisadoras Edna Aparecida Barbosa de Castro e Camila Medeiros dos Santos a realizarem sua pesquisa no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), intitulada: “Estudo do autocuidado e processo educativo de idosos portadores de doenças crônicas que demandam cuidados de enfermagem no domicílio”.

Trata-se de uma pesquisa que tem como principais objetivos: compreender as necessidades de educação em saúde para o autocuidado do ponto de vista dos idosos que convivem com doenças crônico-degenerativas; captar a trajetória de busca e obtenção de educação em saúde na rede de atenção à saúde do SUS; identificar o conhecimento que o idoso possui acerca da doença, seus tratamentos e cuidados de promoção da saúde e prevenção de complicações; identificar as facilidades e dificuldades que o idoso apresenta na realização do autocuidado terapêutico; compreender como o idoso aplica em sua vida cotidiana os conhecimentos de promoção da saúde e prevenção das complicações das doenças crônicas resultantes de práticas educativas institucionalizadas; e discutir acerca da contribuição da enfermagem em contexto assistencial multiprofissional na manutenção e promoção do autocuidado na área da atenção à saúde do idoso.

A pesquisadora responsável pela pesquisa se compromete a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização dos sujeitos da pesquisa garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima de prestígio econômico ou financeiro.

Juiz de Fora, 08 de maio de 2013.

Prof. Dr. Dimas Augusto C. de Araújo
 Diretor Geral do HU-UFJF

Prof. Dr. Dimas Augusto Carvalho de Araújo
 Diretor Geral do HU-UFJF

**APÊNDICE D – Declaração de concordância da instituição de ensino –
Faculdade de Enfermagem da UFJF**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
RUA CATULO BREVIGLIERE, S/Nº
36036-110 – JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

Eu, **Profª. Drª Denise Barbosa de Castro Friedrich**, vice-diretora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, autorizo as pesquisadoras Edna Aparecida Barbosa de Castro e Camila Medeiros dos Santos a realizarem sua pesquisa no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), intitulada: **“Estudo do autocuidado e processo educativo de idosos portadores de doenças crônicas que demandam cuidados de enfermagem no domicílio”**.

Trata-se de uma pesquisa que tem como principais objetivos: compreender as necessidades de educação em saúde para o autocuidado do ponto de vista dos idosos que convivem com doenças crônico-degenerativas; captar a trajetória de busca e obtenção de educação em saúde na rede de atenção à saúde do SUS; identificar o conhecimento que o idoso possui acerca da doença, seus tratamentos e cuidados de promoção da saúde e prevenção de complicações; identificar as facilidades e dificuldades que o idoso apresenta na realização do autocuidado terapêutico; compreender como o idoso aplica em sua vida cotidiana os conhecimentos de promoção da saúde e prevenção das complicações das doenças crônicas resultantes de práticas educativas institucionalizadas; e discutir acerca da contribuição da enfermagem em contexto assistencial multiprofissional na manutenção e promoção do autocuidado na área da atenção à saúde do idoso.

A pesquisadora responsável pela pesquisa se compromete a resguardar a confidencialidade, o sigilo, a privacidade, a proteção de imagem, a não estigmatização dos sujeitos da pesquisa garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima de prestígio econômico ou financeiro.

Juiz de Fora, 08 de maio de 2013.

Profª. Drª Denise Barbosa de Castro Friedrich
Vice-Diretora da Faculdade de Enfermagem

Profª. Dra. Denise B. de Castro Friedrich
VICE-DIRETORA DA FACULDADE
DE ENFERMAGEM/UFJF

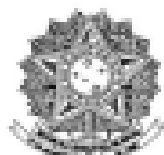
APÊNDICE E – Roteiro de entrevista – Perguntas disparadoras**CÓD.:** _____

1. Fale sobre como é o seu dia a dia.
2. Quais as atividades o (a) senhor (a) desempenha para o seu autocuidado?
3. Mostre como o (a) senhor (a) realiza essas atividades?
4. Aponte os principais facilidades, dificuldades e obstáculos (ambientais, físicos, emocionais) para a realização do seu autocuidado. Como faz para solucioná-los? Recorre a quem?
5. O (a) senhor (a) recebe algum tipo de apoio/suporte?
6. Como o senhor (a) aprendeu os cuidados específicos para o seu autocuidado?
7. Já participou de algum grupo educativo? Se sim, descreva como este grupo colaborou para sua melhor adaptação à nova realidade.

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO A

FRENTE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HUJUF/JF
JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

NOME DO SERVIÇO DO PESQUISADOR: FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Professora Dra. Edna Aparecida Barbosa de Castro
ENDEREÇO: RUA HEITOR VILLA LOBOS, Nº 11 – RESIDENCIAL SÃO LUCAS 1 / SÃO PEDRO.
CEP: 36036-635 – JUIZ DE FORA – MG
FONE: (32) 3231-1391 - E-MAIL: edna.catro@ufjf.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa “Estudo do autocuidado e processo educativo de idosos portadores de doenças crônicas que demandam cuidados de enfermagem no domicílio”. Neste estudo pretendemos analisar como as ações educativas e de autocuidado contribuem para a autonomia dos idosos que precisam se adaptar a uma nova realidade ou estilo de vida, secundariamente à dependência cotidiana de cuidados específicos, tendo que modificar seus hábitos de vida, visando prevenir as limitações geradas pela doença crônica. Com esta pesquisa espera-se, entre outros: contribuir para que os idosos convivam melhor com suas doenças crônicas, reduzam suas limitações e dependências por complicações das condições crônicas, através da conscientização a respeito da importância da prática do seu autocuidado; favorecer a manutenção ou restabelecimento do autocuidado, através de estratégias educativas que proporcionem maiores esclarecimentos para esta população sobre a execução de suas atividades diárias; colaborar para que sejam desenvolvidas atividades de enfermagem comprometidas com a adesão e controle dos idosos às doenças crônico-degenerativas, em nível de atenção ambulatorial, que orientem e apoiem o autocuidado. O motivo que nos leva a estudar o autocuidado do idoso com ênfase na educação em saúde é a tendência de envelhecimento da população brasileira e o aumento significativo da ocorrência de doenças crônico-degenerativas nesta população. Nesta pesquisa, a pesquisadora fará visitas domiciliares que serão agendadas conforme a disponibilidade e aceitação do idoso. Durante essas visitas, a pesquisadora observará o contexto de vida e cuidados domiciliares do idoso e registrará em um diário apenas o que for relevante para a pesquisa. Será realizada uma entrevista, que será gravada e depois ouvida e transcrita para a identificação das informações mais importantes. Cabe destacar que nesta pesquisa não serão realizados procedimentos de enfermagem junto ao corpo ou cuidados clínicos, oferecendo risco mínimo aos participantes, e, se por ventura houver, será ressarcido pela pesquisadora. Esta pesquisa não possui financiamento e para participar o(a) Sr(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

O(A) Sr(a) será esclarecido(a) sobre esta pesquisa em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Poderá retirar o consentimento ou interromper a participação do Sr(a) a qualquer momento. A participação do(a) Sr(a) é voluntária e a recusa em participar não acarretará em qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido no Hospital Universitário da UFJF. A pesquisadora irá tratar a identidade do(a) Sr(a) com padrões profissionais de sigilo. Assim, o nome do(a) Sr(a) ou o

VERSO

material que indique sua participação não será liberado sem sua permissão. Os dados coletados nesta pesquisa serão utilizados unicamente para fins acadêmicos, sendo arquivados por um período de cinco anos pela pesquisadora principal, sendo destruídos após este período. Os resultados da pesquisa estarão à disposição do(a) Sr(a) quando finalizada. O(a) Sr(a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, e a outra será fornecida ao Sr(a), respeitando a Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de identidade _____ fui informado(a) dos objetivos do "Estudo do autocuidado e processo educativo de idosos portadores de doenças crônicas que demandam cuidados de enfermagem no domicílio" de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2013.

Nome	Assinatura participante	Data
Nome	Assinatura pesquisador	Data
Nome	Assinatura testemunha	Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP HU - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HU/UFJF. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UNIDADE SANTA CATARINA - PRÉDIO DA ADMINISTRAÇÃO SALA 27. CEP 36036-110. E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo do autocuidado e processo educativo de idosos portadores de doenças crônicas que demandam cuidados de enfermagem no domicílio

Pesquisador: Edna Aparecida Barbosa de Castro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15609613.4.0000.5133

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 288.843

Data da Relatoria: 27/05/2013

Apresentação do Projeto:

O estudo tem por objeto o autocuidado de idosos que convivem com doenças crônicas e que demandam cuidados da enfermagem no domicílio. Parte-se de um pressuposto que as ações de apoio e educação em saúde junto aos idosos que apresentam sua capacidade de autocuidado comprometida requerem estudos específicos para uma compreensão acerca de como se dá a aprendizagem nessa faixa etária e quais as estratégias de ensino aprendizagem o enfermeiro deve lançar mão ao propor ações educativas de promoção da saúde ou mesmo de ensino do autocuidado terapêutico.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: analisar como as ações educativas e de autocuidado contribuem para a autonomia dos idosos que precisam se adaptar a uma nova realidade ou estilo de vida, secundariamente à dependência cotidiana de cuidados específicos, tendo que modificar seus hábitos de vida, visando prevenir as limitações geradas pela doença crônica.

Objetivos específicos: compreender as necessidades de educação em saúde para o autocuidado do ponto de vista dos idosos que convivem com doenças crônico-degenerativas; captar a trajetória de busca e obtenção de educação em saúde na rede de atenção à saúde do SUS; identificar o conhecimento que o idoso possui acerca da doença, seus tratamentos e cuidados de promoção da

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética			
Bairro: Bairro Santa Catarina	CEP: 36.036-110		
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA		
Telefone: (32)4009-5205	Fax: (32)4009-5160	E-mail: cep.hu@uff.edu.br	

Continuação do Parecer: 288.843

saúde e prevenção de complicações; identificar as facilidades e dificuldades que o idoso apresenta na realização do autocuidado terapêutico; compreender como o idoso aplica em sua vida cotidiana os conhecimentos de promoção da saúde e prevenção das complicações das doenças crônicas resultantes de práticas educativas

institucionalizadas; discutir acerca da contribuição da enfermagem em contexto assistencial multiprofissional na manutenção e promoção do autocuidado na área da atenção à saúde do idoso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estudo de risco mínimo, baseado em investigação qualitativa. Espera-se, entre outros resultados, contribuir para que os idosos convivam melhor com suas doenças crônicas, reduzam suas limitações e dependências por complicações e/ou agudizações de condições crônicas, através da conscientização a respeito da importância da prática do seu autocuidado; pretende-se também favorecer a manutenção ou restabelecimento do autocuidado, através de estratégias educativas que proporcionem maiores esclarecimentos para esta população sobre a execução de suas atividades diárias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo proposto é pertinente e de valor científico, com metodologia adequada aos objetivos buscados e descrita de maneira a ser reaplicável. Estão garantidos aos sujeitos o direito à informação e privacidade, assim como ao ressarcimento de danos.

Critérios de inclusão e exclusão claramente descritos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados. TCLE descreve adequadamente objetivos, metodologia e direitos dos sujeitos.

Recomendações:

Encaminhar ao CEP o relatório ao final da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética			
Bairro: Bairro Santa Catarina		CEP: 36.036-110	
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA		
Telefone: (32)4009-5205	Fax: (32)4009-5160	E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br	

Continuação do Parecer: 288.643

JUIZ DE FORA, 29 de Maio de 2013

Assinador por:
Gláete Aparecida Fófano
(Coordenador)

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética
Bairro: Bairro Santa Catarina **CEP:** 36.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5205 **Fax:** (32)4009-5160 **E-mail:** cep_hu@ufjf.edu.br