

JULIANA VIEIRA DE ARAUJO SANDRI

**PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM À PESSOA
IDOSA E SEU FAMILIAR, COM VISTAS AO RESGATE DA
SUA CIDADANIA, UTILIZANDO A TEÓRIA DE BETTY NEUMAN**

**FLORIANÓPOLIS (SC)
1997**

S57p Sandri, Juliana de Araújo, 1961-
Prática assistencial de enfermagem à pessoa idosa e seu familiar, com vistas ao resgate da sua cidadania, utilizando a teoria de Betty Neuman / Juliana Vieira de Araújo Sandri .-- Florianópolis (SC) [s.n] . 1997.
168p.
Bibliografia : p.157-164
Orientadora: Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde.

1. Idosos - Enfermagem. 2. Assistência a ve-
hículo. 3. Enfermagem geriátrica. I. Título.

CDU: 616.083-053.9

Bibliotecária : Josete A Burg Cordeiro
CRB 14ª 293

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE
ENFERMAGEM
PROGRAMA DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM
EXPANSÃO: PÓLO UNIVALI
CONVÊNIO UFSC/ UNIVALI**

**PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM À PESSOA
IDOSA E SEU FAMILIAR, COM VISTAS AO RESGATE DA
SUA CIDADANIA, UTILIZANDO A TEORIA DE BETTY NEUMAN**

DISSERTAÇÃO

FLORIANÓPOLIS (SC)

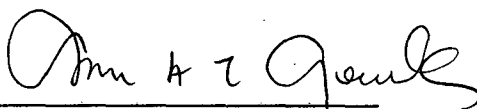
1997

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM/ CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM
EXPANSÃO: PÓLO UNIVALI

PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM À PESSOA
IDOSA E SEU FAMILIAR, COM VISTAS AO RESGATE DA
SUA CIDADANIA, UTILIZANDO A TEORIA DE BETTY NEUMAN

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA À BANCA EXAMINADORA PARA
A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM

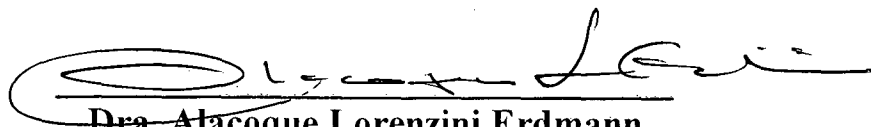
POR JULIANA VIEIRA DE ARAUJO SANDRI



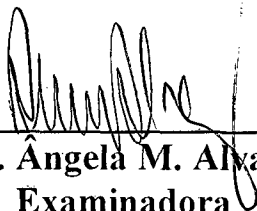
Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Orientadora



Dra. Rosita Saupe
Examinadora



Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Examinadora



Dda. Ângela M. Alvarez
Examinadora

AS BEM-AVENTURANÇAS DO ANCIÃO

1- Bem-aventurados aqueles que compreendem meus passos vacilantes e minhas mãos trêmulas.

2- Bem-aventurados aqueles que levam em conta que meus ouvidos têm que se esforçar para captar o que dizem.

3- Bem-aventurados os que percebem que meus olhos já estão nebulados.

4- Bem-aventurados os que desviam o olhar simulando não ver o café que por vezes derramo sobre a mesa.

5- Bem-aventurados os que, com afável sorriso, deixam-me, por alguns momentos, falar de coisas sem importância.

6- Bem-aventurados os que nunca me dizem: "já me contou isso tantas vezes".

7- Bem-aventurados os que sabem dirigir a conversa e as recordações para as coisas dos tempos passados.

8- Bem-aventurados os que fazem sentir que sou amado e não estou abandonado.

9- Bem-aventurados os que compreendem quanto me custa encontrar forças para carregar a minha cruz.

10- Bem-aventurados os que me facilitam a passagem final para a Pátria definitiva com amabilidade e boas maneiras.

(Padre Juca)

Para refletir...

"O idoso não é doente, tampouco é criança, mas um cidadão passível de erros, exigente dos seus direitos e cumpridor dos seus deveres."

"Ver a pessoa idosa como parte integrante da sociedade é pensar conscientemente no futuro."

(Frases elaboradas pelas alunas de graduação em enfermagem, após uma discussão sobre o envelhecimento humano)

DEDICATÓRIA

Ao meu querido pai, Carmosino (in memoriam) e à minha mãe Elena, o meu agradecimento e amor eterno.

Aos meus filhos, Gabriel e Cidio; e ao meu esposo, Orlando, com todo o meu amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

. Com o objetivo alcançado, manifesto o meu agradecimento a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para este estudo, em especial:

. A Deus, entre todas as coisas, por iluminar esta caminhada e a minha fé.

. À minha família, pelo estímulo, apoio e preocupação, o meu eterno agradecimento.

. Aos meus filhos, Gabriel e Cidio, e ao meu esposo Orlando, com todo o meu amor e carinho. Agradeço-lhes por compreenderem a minha ausência e humor.

. À orientadora Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves, pela preciosa atenção, orientação, apoio, estímulo, pela oportunidade do convívio e participação do conhecimento.

. À Maria Albertina Braglia Pacheco, agradeço, sinceramente, a preciosa colaboração no momento da construção do projeto de dissertação.

. Às irmãs Silmara e Silvana da Costa Maia, o meu agradecimento carinhoso, pela ajuda técnica e apoio recebidos.

. À Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, ao Dr. Ivo Gelain, à Dda. Ângela M. Alvarez e à Dra. Rosita Saupe, por aceitarem compor a banca de avaliação deste estudo, e pela riqueza de seus comentários.

. À amiga Valdete H. Brito, pelos desabafos longos e pela troca de experiências.

. À professora Rosa de Lourdes, agradeço o seu empenho e dedicação na revisão deste trabalho!

. Aos amigos e colegas de Mestrado, pela oportunidade do convívio, no compartilhar de experiências e conhecimentos, minha lembrança.

. À Universidade Federal de Santa Catarina e à Universidade do Vale do Itajaí, em especial ao Departamento de Enfermagem, pela oportunidade concedida.

. A todas as pessoas que se dispuseram, gentilmente, a participar, mesmo no anonimato, desta prática assistencial, a minha eterna gratidão, amizade, respeito e carinho. O meu mais sincero reconhecimento.

. Às instituições hospitalares de Itajaí e da Região, por consentir a minha presença freqüente para realização deste trabalho.

. À Clarice Maria Sehn, por sua dedicação à mim e à minha família.

. À amiga Eliane R. Pereira do Nascimento, pelo aconchego e abrigo em seu lar, sempre que dele tive necessidade.

PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA E A SEU FAMILIAR, COM VISTAS AO RESGATE DA SUA CIDADANIA, UTILIZANDO A TEORIA DE BETTY NEUMAN

RESUMO

O estudo aborda o desenvolvimento de uma prática assistencial de enfermagem à pessoa idosa e a seu familiar, com base na teoria de Betty Neuman visando o resgate de sua cidadania. Os conceitos que compõem o marco conceitual são: **ser humano idoso e seu familiar, ambiente, enfermagem, saúde/bem-estar - doença e cidadania**. Esta construção teórica serviu de guia para a implantação do Processo de Enfermagem, constituído de quatro etapas: **histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem; planejamento e implementação dos cuidados; avaliação**. Na implementação da metodologia para a prática assistencial de enfermagem, a autora operacionalizou os conceitos do marco conceitual e percebeu a flexibilidade, dinamicidade e integralidade das etapas do Processo de Enfermagem. A análise dos resultados dos estudos demonstrou ser viável a aplicação do marco conceitual na prática assistencial. A implementação do Processo de Enfermagem permitiu a concretização da proposta desta prática assistencial de enfermagem. O resgate da cidadania, proposto no estudo, aconteceu através da educação participativa, na qual todos os envolvidos neste processo participaram de forma dinâmica e efetiva.

ABSTRACT NURSING PRACTICE CARE OF THE ELDERLY AND THEIR FAMILY, AIMED AT THEIR CITIZENSHIP RECOVERY, USING BETTY NEUMAN'S THEORY

ABSTRACT

This study approaches the development of nursing practice care of the elderly and their family, based on Betty Neuman's theory, aimed at their citizenship recovery. The Conceptual Mark is compounded of following concepts: **elderly human being, his/her family, environment, nursing, health/welfare - sickness and citizenship**. This theoretic structure was used as a guide to the implementation of the Nursing Process, which has four phases: **nursing historical; nursing diagnosis; care planning, care implementation; evaluation**. The author converted the concepts of the Conceptual Mark into operations, in order to implement the methodology of Nursing Practice Care, and distinguished the flexibility, dynamism and integrality of the Nursing Process phases. The analysis of the results showed that application of the Conceptual Mark to practice care is viable, and the implementation of the Nursing Process permitted the accomplishment of the proposed nursing practice care. The recovery of the citizenship happened through an education with participation, in which all the involved took part in an active and dynamic way.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. MARCO CONCEITUAL.....	29
2.1. Um recorte biográfico de Neuman	31
2.2. Modelo de sistema de Betty Neuman	34
2.2.1. Pressupostos de Neuman	41
2.3. Marco conceitual proposto	43
2.3.1. Pressupostos pessoais com base em Neuman adaptado ao paciente idoso e seu familiar com vista ao resgate de sua cidadania	43
2.3.2. Conceitos do marco conceitual	46
a. Ser humano idoso e seu familiar.....	46
b. Ambiente	47
c. Enfermagem	48
d. Saúde/bem-estar - doença.....	49
e. Cidadania	50
2.4. Interrelação dos conceitos	56
3. METODOLOGIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	59
3.1. A Entrada ao campo da prática	59
3.2. O Processo de enfermagem	64
3.2.1. Histórico de enfermagem.....	65
Parte I - Dados de identificação	66
Parte II - Dados relativos às variáveis	67
a. Variáveis sócio-econômicas cultural e espiritual	67
b. Variáveis biológicas e de desenvolvimento	68
c. Variável psicoafetiva.....	69
d. Outras variáveis envolvidas.....	70
3.2.2. Diagnóstico de enfermagem.....	70
3.2.3. Planejamento e implementação de cuidados.....	71

3.2.4. Avaliação	72
4. APRESENTAÇÃO DE UM CASO DE APLICAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL	73
5. AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL ADOTADO	100
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	157
8. ANEXOS	165
Anexo 1- Direitos do paciente hospitalizado	166
Anexo 2- Lei número 8.842 de 4 de janeiro de 1994.....	168

1. INTRODUÇÃO

O interesse pela pessoa idosa vem se intensificando na minha trajetória de vida pessoal e profissional. Em estágio na disciplina de Enfermagem Médico-Cirúrgica, com alunos de graduação em Enfermagem, observo, com frequência, o desrespeito e o desinteresse com que os idosos são atendidos, tanto no ambiente hospitalar quanto ambulatorial. Outro motivo para desenvolver este tema aconteceu durante o estágio com alunos num asilo da Região de Itajaí. Na convivência com os idosos asilados, foi fácil ver e sentir a realidade destes, quando o abandono pela família, as condições de saúde e de vida de cada um são apresentados de forma peculiar, até mesmo nas necessidades de internação hospitalar ou de algum outro atendimento ambulatorial. As dificuldades eram grandes em conseguir a assistência médica e a providência de um leito em hospital. Em decorrência, o interesse pelo assunto cresceu e se consolidou na tentativa de fazer com que se compreendesse a situação do idoso em nosso meio, e como atendê-lo, visando resgatar os seus direitos, independente da sua situação física, psicológica, sócio-econômica, cultural, entre outras.

Observa-se ainda que algumas pessoas não se conscientizaram de que o envelhecimento é um processo natural presente em todos os seres vivos. Segundo a ONU (Organização das Nações Unidas), o indivíduo é considerado idoso quando chega à idade de 60 anos, embora a idade cronológica nem sempre coincida com características homogêneas de velhice física, psicológica e social (Deps apud Neri, 1994).

Caracterizar uma pessoa idosa é um desafio, uma vez que é difícil traçar o perfil da pessoa em face de suas peculiaridades. As capacidades do indivíduo também sofrem mudanças, em função do tempo, em diferentes formas, razão por que a idade pode ser biológica, psicológica ou

sociológica. A OMS (Organização Mundial da Saúde), classifica o envelhecimento em quatro estágios: de meia-idade, com idade entre 45 e 59 anos; de idoso, entre 60 e 74 anos; de ancião, entre 75 e 90 anos e de velhice extrema, 90 anos em diante (Simões, 1994).

Waldow e Frichebruder (1985, p.275) dizem que a “velhice não tem idade, pois é difícil determinar limites, principalmente tendo-se em vista que o processo de envelhecimento pode-se processar a nível biológico, psicológico ou social. Por outro lado, o processo de envelhecimento varia entre as pessoas e está sujeito a uma série de fatores, tais como: experiências anteriores, valores culturais, nível de saúde, genética, atividade, dieta, ajustamento social, entre outros”. Estes autores afirmam que o envelhecimento não tem idade, pois que a idade cronológica é apenas um indicador de tempo. O envelhecimento é um processo individual que acontece, naturalmente, no organismo humano, iniciando-se, em diferentes épocas, para as diferentes partes e funções do organismo, com ritmos e velocidades diferentes para o mesmo ou diferentes indivíduos, podendo ser considerado uma desorganização crescente do sistema, determinada por fatores genéticos, biológicos, sociais, culturais, psicológicos e ambientais. Atualmente existem várias teorias de envelhecimento que tentam explicar este processo. No entanto, a mais recente e polêmica destas teorias, diz respeito à do “*curso de vida*”, que acrescenta uma informação nova às demais teorias de envelhecimento, do afirmar que uma pessoa para envelhecer não precisa de tempo cronológico, e que o envelhecimento acontece com a morte da pessoa, ou seja, uma criança portadora de doenças incurável apresenta um envelhecimento biológico acentuando, independentemente da sua idade cronológica.

Os numerosos problemas que estão sendo levantados como resultado do envelhecimento populacional, são extremamente sérios e, ironicamente,

são conseqüência do desenvolvimento no final do século XX. Enquanto isso, a fecundidade, a mortalidade infantil e as doenças infecciosas estão diminuindo, na maioria dos países, graças ao esforço das instituições nacionais e internacionais (Litvak, 1990).

Segundo Macedo (1985), nos primeiros cinco anos da década de oitenta, a população idosa foi projetada para os países em desenvolvimento, com um aumento anual de 3%, enquanto a população total foi de 2 % e, para os próximos quatro decênios, prevê-se a duplicação deste percentual na população idosa.

De acordo com Litvak (1990, p.1), “em 1980 havia 370,8 milhões de pessoas maiores de 60 anos em todo o mundo, cifra que representa 8,5% da população mundial. Prevê-se que esta cifra ascenderá a 1.100 milhões no ano 2025, quer dizer, 12,5% da população mundial”.

A população de pessoas acima de 60 anos no Brasil, atualmente, é de, aproximadamente, 10 milhões de habitantes, deixando o país entre os dez primeiros países do mundo com a maior população de idosos em números absolutos. Estima-se que, no início do próximo século, o Brasil tenha a sexta população de idosos do mundo e uma expectativa de vida em torno dos 70 anos para as mulheres e de 67 anos para os homens (Veras, 1994).

Apesar do aumento crescente da população idosa, conforme relata Veras (1994), o Brasil possui, e ainda possuirá por algum tempo, uma população jovem, diferindo de alguns países mais desenvolvidos, como Dinamarca, Suécia, Inglaterra e Alemanha, onde as taxas de fecundidade total estão abaixo de dois filhos por mulher em média.

Com relação à América Latina, o Brasil encontra-se com percentuais pouco superiores à média, enquanto se destacam como países latinos mais

envelhecidos o Uruguai com 15%; a Argentina e Cuba com 12% (Camargo & Saad, 1990).

A esperança de vida tem aumentado na América Latina de 64,1 anos em 1980-1985, para 71,8 anos. Em 2020-2025, a expectativa é de que as pessoas passem a viver em média, 79,5 anos, com um acréscimo de 7,7 anos. Este aumento teria lugar também em outras regiões, como o Brasil, apresentando uma média de vida levemente superior a 80,5 anos (Perez, 1985).

Conforme Veras (1994, p.20), “ nos Estados Unidos, desde a virada do Século e até 1980, a expectativa de vida ao nascer aumentou de 47 para 73,6 anos. No Brasil, as mudanças foram ainda mais impressionantes, já que a expectativa de vida dos brasileiros dobrou ao longo do século que, em 1900 era de 33,7 anos e para o ano 2000 será de 68,6 anos.”

À medida que esta projeção continuar se elevando, a população de idosos como grupo terá uma importância significativa na sociedade, resultando, inclusive, no aumento da carga financeira no que diz respeito à força de trabalho e custos com os serviços sociais e de saúde (Perez, 1985).

A expectativa de vida neste Século está, de certa forma, relacionada com a “causa mortis” que, anteriormente, era resultante de doenças parasitárias e infecciosas e agora se deve, sobretudo, às doenças cardiovasculares e o câncer. Alvarez, Gonçalves e Stevenson (1996, p.1) relatam que outros fatores vêm contribuindo para o aumento da população idosa, principalmente aqueles relacionados com a melhoria da qualidade de vida através da alimentação, habitação, saneamento básico, educação, entre outros. Colocam também que, nos países em desenvolvimento, esta transição começou a ser observada a partir da década de 60, quando houve mudança no padrão reprodutivo da população, resultando em uma queda

acentuada das taxas de natalidade, associada ao aumento da esperança de vida e à queda nas taxas de mortalidade.

Williams (1985, p.31) destaca uma das causas da diminuição da mortalidade na América Latina e no Caribe que é “a consequência do progresso das investigações médicas e de um maior conhecimento público das medidas sanitárias”. Outros autores apontam ainda que os demais países da América Latina e Caribe são semelhantes ao Brasil no que se refere ao envelhecimento populacional, pois, apesar de não terem alcançado uma qualidade de vida desejável, conseguiram elevar a esperança de vida da população, sendo que os fatores que mais contribuíram foram a importação e assimilação de novas tecnologias médicas que diminuirão as taxas de mortalidade (ONU, 1992; Camargo & Saad 1990).

Para sintetizar, Mishiara e Riedel (1984, p.58) afirmam que a população está se mantendo mais saudável “graças ao progresso da medicina e às mudanças no estilo de vida”, diminuindo, conseqüentemente, a mortalidade. Os autores apresentam um ponto comum ao afirmarem que o progresso da medicina e de novas tecnologias médicas, bem como a mudança no estilo de vida das pessoas tem sido fatores importantes para a diminuição do índice de mortalidade.

O último senso brasileiro apontou o Rio de Janeiro e a Paraíba como aquelas regiões que abrigam a maior população de idosos no país (9,20% e 9,04% respectivamente). Na Paraíba, o processo de envelhecimento decorreu, principalmente, das condições de vida inadequadas da sua população produtiva que migra, em grande proporção, para outros estados em busca de trabalho, além do alto índice de mortalidade infantil e jovem, associado à redução da fecundidade. No Rio de Janeiro, a situação é diferente. Sua população é mais estável, e o processo de redução de

fecundidade e de mortalidade já ocorre há vários anos (Veras, 1994). Aqui temos duas causas distintas de envelhecimento populacional: uma devido às más condições de vida que levam as pessoas mais jovens a emigrar; a outra, relacionado com o processo de desenvolvimento sócio-econômico.

Santa Catarina é considerado um estado jovem (7,0% de idosos, na população geral), principalmente pelas regiões litorâneas que recebem um contingente grande de pessoas em idade produtiva à procura de trabalho, oriundas de outras regiões mais distantes do litoral, como a região Oeste e Centro-Oeste do Estado. Porém, segundo os registros da Secretaria de Saúde do Estado (1995) com base nos dados do IBGE/Censo Demográfico de 1980 e 1991(1994), a Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí, onde o Município de Itajaí está inserido, demonstrou um percentual de 7% de pessoas na faixa etária acima de 60 anos, vindo a conferir que este município, não difere da situação brasileira atual.

Alvarez, Gonçalves e Stevenson (1996, p.4) colocam que “na população brasileira vem ocorrendo mudanças como: redução do número de pessoas na faixa etária de 0 a 14 anos; aumento na faixa etária de 15 a 59 anos, e um acelerado incremento na faixa etária de 60 anos. Nas duas próximas décadas, a população brasileira passará por grandes transformações. Entretanto, existe ainda um período de acomodação, no qual políticas e programas sociais e de saúde poderão ser pensadas e implementadas de maneira a atender às necessidades e aos problemas decorrentes do envelhecimento populacional no próximo século”.

À medida que as pessoas vão alcançando idades mais avançadas, as doenças crônicas degenerativas tendem a aumentar em número significativo, ocasionando desequilíbrio na saúde. O custo da atenção de saúde dos idosos tem aumentado de forma progressiva, tanto para as famílias quanto para o Estado, particularmente face a algumas enfermidades crônicas incidentes da

idade avançada (OPAS/OMS, 1982; p.22).

Na América Latina, as causas de mortalidade mais freqüente nos idosos são: enfermidades do coração, tumores malignos, enfermidades cardiovasculares, diabete, gripes, pneumonias e acidentes (OPAS, 1992).

Alvarez, Gonçalves e Stevenson (1996, p.4) apontam, comentando os registros da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, que as “causas de óbito, na faixa de 60 anos e mais, em 1993 são: as doenças do aparelho circulatório, que compreendem quase 47%. Em segundo lugar, os neoplasmas (16%), seguido de: doenças do aparelho digestivo (6%); doenças glandulares endócrinas e do metabolismo (5%); causas externas (4%); doenças do aparelho geniturinário (2,5%); doenças infecciosas (2%); e, demais causas (17,5%)”.

As causas de morbidade mais comuns, também na América Latina são: doenças do aparelho circulatório e cardiovascular, do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, para os homens; e, para as mulheres, todas estas citadas, acrescidas das enfermidades das glândulas endócrinas e do metabolismo (OPAS, 1992).

Ainda segundo OPAS/OMS (1992, p.5) “as enfermidades relacionadas com o envelhecimento podem ser divididas em dois grupos: enfermidade dependente da idade e enfermidade relacionada com a idade”. No primeiro, encontram-se aquelas cuja patogenias estão relacionadas diretamente com a idade do indivíduo, como: enfermidades cardíacas, doença de Alzheimer, Parkinson, diverticuloses, depressão, osteoporose, fratura de quadril, constipação intestinal e incontinência urinária. No segundo, estão aquelas que se diferenciam das anteriores porque se apresentam em um determinado período da vida, não parecendo estar relacionadas com o processo de envelhecimento. As mais comuns são: enfermidades neurológicas, úlceras pépticas, gota, colite ulcerativa, alcoolismo, hemorróidas, esclerose múltipla e esquizofrenia.

Alguns estudos feitos nos Estados Unidos da América revelaram que, em 1984, a maioria das pessoas com mais de 65 anos poderia apresentar, pelo menos, uma enfermidade crônica, e, muitas vezes, mais de uma enfermidade. São doenças crônicas mais frequentemente encontradas: artrite, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, alterações visuais, sinusite e diabetes (OPAS, 1992). Os escritos da OMS (1984,p.37) apontam que, “nos países em desenvolvimento, a maior taxa de morbidade se atribui às enfermidades cardiovasculares, incluindo as cardiopatias isquêmicas e neoplasias malignas. Outras causas são os acidentes vasculares cerebrais”.

O Brasil não difere muito da situação de morbidade do contexto mundial, porém, agravando-se mais por ser um país em desenvolvimento. Ramos et al (1993, p.93)em seu estudo realizado em 1993, descreveram o perfil do idoso na área metropolitana da Região Sudeste, destacando que a “população idosa apresentava baixa renda per capita, baixa escolaridade e um passado de migração rural, onde mais de 80% referiram, pelo menos, uma doença crônico degenerativa, como: diabetes, hipertensão arterial, problemas vasculares, reumatismo, entre outras. E com um elevado índice de pessoas com perda de autonomia, ou seja, 47% precisavam de ajuda para realizar, pelo menos, uma das atividades da vida diária”.

Conforme a OMS apud Santos (1990, p.03) “numerosos idosos sofrem de, pelo menos, uma doença crônica que, em termos gerais, limita suas atividades de vida diária. Cerca de 25% dos idosos com doenças crônicas apresentam diminuição da capacidade de cuidar-se, e este percentual aumenta à medida que aumenta a idade”. Trentini e colaboradores (1990 p.20), em pesquisa na cidade de Florianópolis, corroboraram estes dados ao concluir seus estudos, identificando “o grupo etário de 60 anos ou mais com maior incidência de doenças crônicas degenerativas.”

O aumento da população idosa leva, conseqüentemente, ao aumento

de doenças crônicas, e estas podem levar às deficiências e incapacidades físicas, funcionais e psicológicas. O idoso poderá desenvolver graus variados de deficiências e incapacidades, principalmente se estiverem associadas às multipatologias. Esta situação poderá ocasionar diversos transtornos ao idoso, aos familiares e à sociedade.

Gonçalves et al (1992, p.107) em sua revisão conceitual, definiram a deficiência como “a perda ou anomalia de estruturas ou função anatômica, fisiológica ou psicológica. Em pessoas idosas, a instalação de deficiência de várias ordens em menor ou em maior grau pode ser ocasionada por fatores intrínsecos ligados ao processo de envelhecimento normal e as multipatologias crônicas de incidência comum entre os idosos. Referem que as deficiências podem ser contornadas por meios de recursos médicos, econômicos, familiares, sócio-culturais e recursos pessoais (vontade interna da pessoa) com a finalidade de prevenir as incapacidades quando possível e, minimizar e/ou retardar as incapacidades”. As mesmas autoras colocam “que o grau de incapacidades não se confere somente pela evolução das multipatologias e pela extensão das deficiências provenientes do processo de envelhecimento, mas, sobretudo, pelo comportamento pessoal face às deficiências e pela falta de recursos externos relativos à rede de apoio familiar, comunitário e programas de serviços sociais e de saúde adequados”.

Ramos et al (1993, p.93) colocam que a “prevalência desses problemas crônicos de saúde com suas incapacidades associadas, não difere grandemente do que se observa em outros países mais desenvolvidos. Trata-se, na verdade, de uma consequência natural do envelhecimento populacional. Porém, o que deve ser objeto de grande preocupação é o fato de sua transição estar se dando num contexto de extrema privação da população. Este fato, associado ao aumento quase explosivo da população de idosos, pode gerar uma demanda insuportável para o sistema de saúde, principalmente no que diz respeito a leitos hospitalares de longa permanência”.

Por isso, Guimarães (1987, p.257) tem enfatizado que o objetivo

central da política para o envelhecimento é o de manter o idoso o maior tempo possível integrado à comunidade, estimulando a sua autonomia e independência. No entanto, reconhece que os problemas dos idosos têm natureza específica. Por isso, vê as soluções através do meio de redes de apoio na própria comunidade, aliadas à rede de prestação de serviços de saúde equipados à prestação de atendimento de qualidade aos idosos e a seus familiares, dentro de um planejamento, segundo à realidade sócio-econômica da região, visando a manutenção/ aprimoramento da qualidade de vida, medida, principalmente, pelo nível de autonomia e independência. Sugere Guimarães (1987, p.257) que tal programa de proteção à saúde do idoso, tem como base: “a) criação de unidades geriátricas nos hospitais gerais, com especialistas em geriatria, integrados a uma equipe multiprofissional; b) criação de unidades geriátricas em hospitais de apoio (retaguarda), dotadas de setor de reabilitação e programa de atendimento domiciliar a doentes crônicos; c) criação de serviços de transporte para hospitais e serviços de saúde destinados a pacientes idosos com dificuldade de locomoção; d) incrementação de serviços de auxílio complementar, com fornecimento de órtese, prótese e ajuda mecânica para idosos carentes, sob a supervisão e orientação de equipes multiprofissionais da unidade geriátrica; e e) incorporação de práticas alternativas de assistência à saúde do idoso, desde que respeitados os princípios éticos, possibilitando ao idoso o direito de escolher a terapêutica preferida”.

A assistência ao idoso certamente seria outra se, realmente, parte do programa acima proposto fosse cumprido, o qual engloba direitos já garantidos por lei e muitas vezes não cumpridos pelos homens, dentre eles: o direito do paciente, descrito por Gauderer (1993)¹; a lei número 8842, de 04 de janeiro de 1994 que dispõe sobre a política nacional do idoso e cria o

¹ . Ver Anexo I

conselho nacional do idoso (Diário Oficial, 1994)², bem como o direito ao exercício da cidadania, conforme defende Demo (1988, p.70), quando diz: “cidadania é a qualidade social de uma sociedade organizada sob forma de direitos e deveres maioritariamente reconhecidos... cidadania pressupõe o estado de direito, que parte pelo menos na teoria, da igualdade de todos perante a lei, e do reconhecimento de que uma pessoa humana e a sociedade são detentoras inalienáveis de direitos e deveres.” Neste mesmo sentido vale acrescentar a colocação de Covre (1995, p.11), quando diz: “cidadania é o próprio direito à vida, no sentido pleno da palavra”.

Quando um indivíduo busca uma instituição hospitalar, ele não deixa de ser um “cidadão” com o direito de exercer todos os seus “direitos e os seus deveres”. No entanto, são vistos apenas os deveres a ser cumpridos por eles, do que propriamente os seus direitos. Como relembra Gauderer (1993), geralmente os pacientes deixam de ter nomes e passam a ser um “caso”, “patologia” ou um “leito”. Deixam de ter idade para pertencer a uma estratificação etária... Ressaltam-lhes a parte orgânica, biológica, esquecendo-se de que ele sente, pensa, questiona e de regra, gostaria de participar de seu tratamento, se os permitir... tratam-se, essencialmente, a doença e não o indivíduo, apenas uma parte e não o todo.... O todo é o indivíduo e não o paciente, e muito menos a doença.

A disposição da atual política nacional do idoso consta como objetivo “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.” No artigo terceiro do seu capítulo II, dispõe dos princípios e diretrizes onde inclui que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo-lhe sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida.” Ainda garante que “o idoso não pode sofrer discriminação de qualquer natureza” (Diário Oficial, 1994).

² Ver Anexo 2

O idoso tem direito à assistência à saúde, seja ela de nível primário, secundário ou terciário. Segundo Litvak (1990, p.3) a meta da assistência à saúde deve ser “a promoção da saúde, bem-estar ao longo da vida e buscar soluções eficazes que garantam a prestação de serviços completos de saúde às pessoas com idade avançada e, especialmente, aos idosos mais fragilizados”. Para que isso possa efetivamente ocorrer, é necessário despertar a motivação para o exercício da cidadania, ou resgatar a cidadania que o idoso um dia já teve e perdeu. Para Resende (1992, p.23), “o exercício da cidadania implica mais participação pessoal da família, nos grupos e na comunidade, o que possibilita satisfazer às necessidades de convivência social e satisfação pessoal pelas contribuições derivadas dessa participação.” O idoso tem o direito de exercer a sua cidadania em todos os sentidos, principalmente quando se trata de assistência para a sua saúde. Entretanto, falta ainda organização e participação dos grupos, porque, no momento em que as pessoas se conscientizarem do significado, da importância e dos benefícios desta prática, provavelmente terão reivindicados e conquistados direitos a favor de melhor qualidade de vida.

Guimarães (1984,p.274), diz que o “objetivo de uma política para o envelhecimento deve ser o de manter na comunidade o maior número possível de idosos vivendo de modo integrado e ativo, mantendo o mais alto nível de autonomia, pelo maior tempo alcançável”. Ramos et al (1993, p.94) enfatizam que a filosofia básica deve ser a de “procurar manter a autonomia do indivíduo pelo maior tempo possível, pois, com a perda da autonomia, a sobrecarga para a família e para o sistema de saúde tende a se tornar insuportável”

É interessante ater-se às colocações anteriores idealizadas. Isto porque, para uma pessoa chegar a envelhecer bem, depende das oportunidades e chances adquiridas e usufruídas ao longo da sua vida, como: educação, urbanização, alimentação, habitação, saúde, trabalho,

entre outras.

Sabemos que o desafio é grande, e o tempo para propor soluções é curto. Portanto, é necessário que se inicie uma reestruturação do sistema no sentido de promover a prevenção de doenças, diagnosticá-las precocemente e tratar mais das doenças crônicas e das incapacidades associadas no adulto e no idoso.

Diante do aumento, do número de hospitalizações das pessoas idosas, bem como os elevados custos hospitalares, como consequência do aumento da incidência de doenças crônicas degenerativas observadas na prática diária, exige-se que se pense na possibilidade de mudanças estratégicas no atendimento social e de saúde de pessoas idosas. A enfermagem, por sua vez, é chamada a comprometer-se com esta nova situação para buscar formas de orientar a sua prática assistencial de maneira sistemática e racional, sem perder a sua marca de humanismo.

Nesta perspectiva, é motivador realizar este estudo, tendo como referência a teoria de Betty Neuman e utilizando alguns de seus conceitos. Para tanto, também foram utilizados os princípios básicos que norteiam a cidadania, que permeou toda a prática assistencial de enfermagem às pessoas idosas no ambiente hospitalar e domiciliar. Acredita-se que o modelo de sistema de Betty Neuman ajudou para a realização desta prática e com o desenvolver desta, foram desveladas, várias situações do idoso e de seus familiares, principalmente no tocante ao resgate e ao exercício da sua cidadania exercida num processo participativo de educação em saúde, no qual o idoso e seus familiares puderam perceber que são capazes de criar e transformar o real no processo de enfrentamento da situação de discriminação, percebendo-se como atores e autores da história.

Para Freire (1993), a educação serve de elo para libertar o homem de

sua alienação, possibilitando transformar o real de forma crítica e criativa. A educação é a formação do homem pela sociedade, ou seja, o processo pelo qual a sociedade atua constantemente sobre o desenvolvimento do ser humano no intento de integrá-lo no modo de ser social vigente e de conduzi-lo a aceitar e a buscar os fins coletivos.

A educação, nesta perspectiva, vai além de encaminhar e instruir, pois instruir representa apenas a transmissão de conhecimento, de maneira passiva. E é justamente o contrário que envolve o processo educativo: a participação do ser na transformação da realidade, através de uma educação participante. Para que ocorra essa participação, a educação não pode ser unilateral. A visualização de um caminho deve ser através de uma proposta participativa, na qual ocorra um intercâmbio entre um saber técnico e um saber popular. Saber popular, que não pode ser desconsiderado pelo saber técnico do enfermeiro, mas respeitado, renegociado e repadronizado. Este saber popular foi algo constante na prática assistencial de enfermagem, não apenas do idoso, mas também dos seus familiares e dos seus cuidadores.

Efetivamente, a educação em saúde deve compreender o diálogo, a troca, a percepção do que o cliente e familiares sentem e pensam, assim como a do enfermeiro, favorecendo a interação, maior e melhor visão crítica da realidade.

Na prática educativa, é importante partir da realidade cultural em que o indivíduo e família vivem, pois o principal elemento da prática educativa é a questão do saber ser construído no processo educativo, relações de igualdade entre educando e educador, já que a participação do educando é fundamental. O processo educativo só é possível quando o educador se constrói durante o processo, no qual ele ensina e aprende ao mesmo tempo.

Saviani (1991, p. 98) em seu livro, coloca que “toda a prática educativa

contém, inevitavelmente, uma dimensão política”. E o contrário também acontece, como confere o mesmo autor, “toda a prática política contém, por sua vez, inevitavelmente uma dimensão educativa”. Para que esta prática política seja garantida, é preciso que a igualdade dos cidadãos implique a igualdade dos indivíduos em relação ao saber e à formação. Essa educação não pode mais simplesmente constituir uma informação ou instrução que permita ao indivíduo, enquanto governado, ter conhecimento de seus direitos e deveres, mas fazer parte de todo o processo transformador, procurando recursos adequados às suas necessidades.

Uma das estratégias mais efetivas para se conquistar a cidadania é a educação, através da qual cada sociedade deverá construí-la dentro do seu contexto histórico e cultural, através da participação comunitária.

Para Demo (1994, p.10), “política social, no contexto capitalista subdesenvolvido, é tão importante quanto contraditório. Seu alcance é limitado, por não ultrapassar a lógica do sistema. Entretanto, à medida que souber adicionar iniciativas estruturais, como educação, cidadania, ciência e tecnologia, pode-se aumentar, sensivelmente, a oportunidade de alguns redirecionamentos e mesmo alimentar potencialidade de superação”.

Sendo o enfermeiro educador por excelência, procurou-se intervir no processo de transformação do ser idoso e familiares e/ou responsáveis, de maneira sistematizada e cooperativa, no hospital e no domicílio, prestando o cuidado de enfermagem ao cliente idoso e a seus familiares, com vistas ao resgate de sua cidadania, de forma participativa.

O cuidado de enfermagem ao cliente idoso hospitalizado teve ação efetiva na prática assistencial, concomitante com a prática educativa a esse idoso, familiares e/ou responsável, ou seja, o processo educativo esteve embutido na prática assistencial. O cuidado de enfermagem no domicílio,

com estas pessoas, teve um cunho educativo prevalente, como: discutindo formas de cuidar, demonstrando; ajudando a fazer junto com o idoso e familiares; trocando idéias, negociando, conhecendo o cuidado familiar, discutindo as razões dos cuidados de enfermagem e recapitulando as ações desenvolvidas para se chegar às explicações. Também foram discutidos, nesse processo educativo, a questão da cidadania, ressaltando os direitos e deveres para a manutenção da vida e saúde, a autonomia e independência no seu viver diário; a prática de comportamentos de saúde; a reivindicação de serviços sociais e de saúde específicos requeridos pela população idosa, entre outras.

Um dos motivos pelos quais se adotou Freire e Saviani como autores para a prática educativa, foi porque eles vêm ao encontro das concepções e crenças, de acreditar em transformações e mudanças do ser humano, através da participação coletiva. Outro motivo foi porque acrescentaria o seu processo educativo ao marco conceitual adotado de Betty Neuman, de vez que a sua teoria destaca a necessidade de “orientar e educar”, sem explicitar como desenvolver este processo educativo.

Assim sendo, este estudo, teve como objetivo geral, **desenvolver uma prática assistencial de enfermagem à pessoa idosa e a seu familiar, baseada na teoria de Betty Neuman; com vistas ao resgate da sua cidadania, e como objetivos específicos: organizar um marco conceitual com base em alguns conceitos da teoria de Betty Neuman e de cidadania; adaptar o processo de enfermagem ao marco conceitual adotado para a prática assistencial de enfermagem à pessoa idosa e a seu familiar; implementar o processo de enfermagem baseado no marco conceitual adotado, junto à pessoa idosa e a seu familiar; avaliar a aplicação do marco conceitual adotado à prática assistencial de enfermagem à pessoa idosa e a seu familiar.**

2. MARCO CONCEITUAL

Este estudo utiliza uma abordagem do paciente idoso e seu familiar, com vista ao resgate de sua cidadania, em uma prática assistencial de enfermagem, baseada nos conceitos do modelo de sistema de cuidados de saúde de Betty Neuman.

Betty Neuman descreve seu modelo como abrangente e dinâmico. O modelo representa uma visão multidimensional de indivíduos, grupos (famílias) e comunidades que se acham em constante interação com estressores ambientais. Basicamente, o modelo focaliza a reação do cliente ao estresse e os fatores de reconstituição ou adaptação (George, 1993). O estresse é considerado qualquer situação que altere a estabilidade social, biológica, física, cultural, psicológica e econômica do indivíduo.

Alguns estudos, na área da enfermagem, estão sendo realizados com base na teoria de Betty Neuman. Como exemplo, temos o da Dra. Valmira dos Santos, conhecedora profunda deste modelo, cujo trabalho realizado em uma clínica de atendimento ambulatorial aos pacientes com lombalgia, utiliza alguns pressupostos e conceitos desta teoria e, seus resultados tem sido positivos.

Existem muitos pesquisadores no mundo acadêmico e na prática profissional, que estão trabalhando com Betty Neuman. Conforme diz Alves (s/d, p.5): “existem autores que aprofundam também suas concepções teóricas em Betty Neuman, e entre eles destacamos: Arruda (1987, 1995); Callegos (1993); Chin & Kramer (1995); Fawcett (1983); George (1993); Leopardi (1988); Kim (1989); Marriner (1989,1994); Meleis (1985); Sater (1988); Torres (1986)”.

Além destes pesquisadores pode-se citar: Herrick & Goodykoontz (1989), enfermeiras americanas, que utilizaram o modelo de sistema de Betty Neuman para a prática como uma estrutura conceptual para a

intervenção na família. As autoras colocam que a teoria dos sistemas é um modelo que favorece a compreensão do processo familiar e o fundamento do modelo do sistema de Neuman é ideal para trabalhar com famílias e pessoas necessitadas, principalmente com distúrbios emocionais, tendo o seu plano de cuidado um guia excelente para prática da enfermagem.

Benito (1993), também utilizou a teoria de Betty Neuman como marco conceitual de sua dissertação de mestrado, quando trabalhou com a intervenção ergonômica na atividade cognitiva do trabalhador de enfermagem baseado em alguns princípios teóricos de Betty Neuman, apresentando resultados significativos quanto a aplicabilidade deste marco na situação escolhida.

George (1993, p.5) relata que o modelo de sistema de Betty Neuman “é considerado um modelo adequado, tanto para a enfermagem quanto para todas as profissões de cuidado à saúde”. Não encontrei no entanto, na revisão de literatura, estudos sobre a aplicabilidade deste modelo de sistema na enfermagem geriátrica e gerontológica.

O modelo de Neuman foi me despertando atenção já nos momentos iniciais do meu curso de mestrado, quando a Professora Dra. Valmira dos Santos ministrou o primeiro seminário de controvérsias, intitulado “Estresse e qualidade de vida”. Neste seminário tive o primeiro contato com uma teoria de enfermagem, e foi a Teoria de Betty Neuman. Tal foi o encantamento de trabalhar com esta teoria que, à medida que o seminário transcorria, o meu interesse e entendimento aumentavam. Foi também na disciplina de Fundamentos Filosóficos e Teóricos de Enfermagem, ministrada pela Dra. Maria Tereza Leopardi, que participei de momentos muito significativos, durante os quais, tive a oportunidade de estudar melhor as teorias de enfermagem, principalmente a de Betty Neuman, que escolhi

como tema de estudo e apresentação em grupo. Este referencial teórico, então, foi minha opção para esta dissertação pela afinidade com o meu “olhar” de mundo, e por entender também que poderia apoiar o desenvolvimento da prática assistencial junto ao idoso fragilizado.

Para apresentar o marco conceitual dessa prática tomei, para a minha compreensão a definição dada por Dias & Trentini (1994,p.9), ou seja: “é um conjunto de conceitos definidos e interrelacionados formando uma estrutura abstrata e tendo como característica principal, a coerência intra e entre suas partes formando uma totalidade.” Ainda as mesmas autoras (p.9) lembrando Chin & Jacobs dizem que, “conceitos são representações mentais ou abstrações da realidade; em outras palavras são marcas ou nomes dados a objetos, idéias, instituições enfim a tudo que existir no Universo.” Vale lembrar, entretanto, que o marco conceitual associa-se aos valores e crenças ou pressupostos de quem o elabora ou reelabora, refletindo o seu “olhar” para descrever o mundo.

Assim entendido, o marco conceitual que eu proponho tem alicerce em alguns conceitos da teoria de Neuman, associado ao conceito de cidadania, e serviu de base para o desenvolvimento do processo de enfermagem no cuidado do paciente idoso e seu familiar.

Senti, entretanto, a necessidade de expor, inicialmente, a biografia da teórica, para então, explicitar as bases conceituais do modelo de sistema de cuidados de saúde de Betty Neuman.

2.1. Um recorte biográfico de Neuman

Betty Neuman nasceu em 1924, numa fazenda, em Lowell, Ohio, USA. Concluiu os primeiros estudos em enfermagem no Peoples Hospital, atualmente denominado General Hospital, Scholl of Nursing, em Akron,

Ohio, em 1947. Recebeu seu grau de bacharel de enfermagem em 1957, e o grau de Mestre em Saúde mental, em 1966, na UCLA - Universidade da Califórnia de Los Angeles. É também doutorada em Psicologia Clínica, concluído em 1985 (George, 1993).

Sua principal área de prática, desde 1966, tem sido consulta e aconselhamento de saúde mental em um amplo contexto da enfermagem, incluindo: comunidades, escolas, indústrias e cenários hospitalares. Ela também tem participado do processo de terapia familiar, educação continuada e consultoria de desenvolvimento curricular. Sua experiência em lecionar inclui uma ampla variedade de áreas como a saúde mental, consultorias, organização, liderança e aconselhamento. Ela também esteve intimamente envolvida no movimento da saúde mental comunitária, durante seus primórdios no final dos anos 60. Foi durante a sua atuação na UCLA, em organização e planejamento de movimentos comunitários de saúde mental que desenvolveu o seu modelo de enfermagem de "*abordagem da pessoa total*", baseado numa estrutura de adaptação de sistemas (Marriner, 1989).

A abordagem teórica dada à enfermagem por Neuman, é reflexo de uma abordagem holística dada à sua própria vida. Ela sente prazer pela vida e um senso forte de usar o tempo criativamente e de forma útil. No dizer de George (1993), ela mantém ativamente um programa de bem-estar para ela mesma e participa do aconselhamento voluntário. Atualmente (1993), continua a agir como consultora em escolas de enfermagem universitárias que desejem adotar e implementar a sua estrutura teórica no currículo.

Betty Neuman começou desenvolvendo o seu modelo de sistema de saúde, enquanto era aluna de enfermagem em saúde comunitária na UCLA. O modelo foi inicialmente desenvolvido em resposta a estudantes

graduandos em enfermagem, que expressavam a necessidade de o curso conter algo que lhe expresse a amplitude dos problemas de enfermagem, antes que eles se dirigissem às áreas específicas de enfermagem (George, 1993).

Este modelo foi publicado em 1972, com o título original: “A Model for Teaching Person Approach to Patient Problems”, em pesquisa de enfermagem. Ele foi refinado e subseqüentemente publicado com o título de: “Conceptual Models for Nursing Practice”, na 1ª edição, em 1974. A 2ª edição, saiu em 1980. O refinamento seguinte, juntamente com numerosos exemplos de aplicação ao currículo, prática de enfermagem e administração, está em sua publicação de 1982, com o título original “The Neuman Systems Model: Application to Nursing Education and Practice” (Neuman, 1980).

Embora a intenção do modelo conceitual de Neuman fosse inicialmente dirigido ao contexto curricular, sem qualquer intenção da autora em criar um modelo conceitual específico para a comunidade de enfermagem, é importante observar que o seu modelo foi arrolado juntamente com os vários outros teóricos de enfermagem, como exemplo: Marta Rogers, Dorothea Orem, Imogene King, em tempos de suas primeiras publicações, ocorridas no início dos anos 70. A Liga Nacional para a Enfermagem (NLN), na época, enfatizava a importância de modelos conceituais para a educação de enfermagem, e, assim, as estruturas conceituais tornaram-se a ênfase principal dos critérios da Liga para a credibilidade dos currículos de enfermagem.

2.2. O modelo de sistema de Betty Neuman

Para apresentar a síntese do modelo de Betty Neuman, tomei como base o texto de Cross (mestre em ciências da enfermagem, docente da “Wright State University”), colaboradora no livro de Júlia George (doutora em enfermagem, docente da “Califórnia State University”) intitulado “Nursing Theories - The Base for Professional Nursing Practice”, o qual foi traduzido e editado em nosso meio, pela editora Artes Médicas em 1993. Para elucidar aspectos insuficientes no texto de Cross, vali-me de outros autores, bem como de textos originais da própria Neuman.

A abordagem conceitual de Betty Neuman é resultado de várias fontes teóricas, incluindo a Gestáltica (teoria dos sistemas); a filosofia holística de De Chardin e Max; a teoria de estresse de Selye; e os conceitos de intervenção em saúde mental de Caplan.

A intenção do seu modelo é apresentar uma estrutura que descreva as partes e o indivíduo, e as interrelações que operam no homem, com base na ótica filosófica que o indivíduo é uma pessoa total, com um sistema complexo, multidimensional. O mesmo conceito fundamental poderia ser aplicado a um pequeno grupo, comunidade, país ou até mesmo a um universo como um todo. O modelo de Neuman fornece estrutura, organização e direção para as ações de enfermagem e é flexível suficiente para lidar adequadamente com as infinitas complexidades do homem (Neuman, 1980).

A estrutura de Neuman, como bem sintetiza Gonçalves (1996, p.32) “é um modelo de sistema aberto, composto essencialmente de dois elementos: o estressor e a reação a ele, somados às variáveis de tempo e/ ou ocorrências, condições presentes e/ ou passadas do indivíduo, natureza e intensidade do estressor e a quantidade de energia

requerida pelo organismo para se adaptar temporariamente as situações específicas”.

Este modelo de sistemas de assistência à saúde é uma abordagem conceitual desenvolvida ao mesmo tempo em que várias abordagens teóricas usaram a energia como base para a prática de enfermagem. Embora este modelo tenha sido inicialmente desenvolvido para o uso por todos os profissionais da área da saúde, Neuman afirma que a enfermagem pode usar de maneira única para assistir indivíduos, família ou outros grupos, obtendo e mantendo nível máximo de bem-estar, através de intervenções propositadas. Ela usa o termo intervenções para uma das fases do processo de enfermagem, a implementação de cuidados. As intervenções, segundo Neuman, têm por meta a redução dos fatores de estresse e busca da reconstituição.

Conforme se observa na figura 1, Neuman apresentou seu modelo num diagrama, em que o centro (estrutura básica de recursos energéticos), representa o indivíduo, a família ou a comunidade. Este centro é envolto figurativamente por uma série de anéis concêntricos que ela denomina de linhas. A primeira delas é denominada de linha normal de defesa, a qual é representada por um anel de linha contínua, podendo ser compacto ou não. Constitui-se, basicamente, num padrão que as pessoas desenvolvem à vida de estado normal de bem-estar ou estabilidade, conferido por habilidades fisiológicas, psicológicas, sócio-culturais, de desenvolvimento e espirituais. As habilidades políticas e de sobrevivência valem ser incluídas, considerando que, cada vez mais, e na medida do possível, as pessoas, incluindo os idosos, na atualidade estão buscando exercitar a sua cidadania.

Esta linha normal de defesa é considerada como sendo dinâmica, uma vez que se relaciona com a maneira pela qual um indivíduo como sistema se estabiliza durante certo tempo (Benito, 1993).

Próxima está a linha flexível de defesa que é representada por um anel externo de linhas pontilhadas, cujo funcionamento é representado por uma sanfona, pois age como amortecedor para a linha normal de defesa, quando o ambiente é altamente estressante e como “filtro”, quando o ambiente oferece apoio e serve de força positiva para o crescimento e fortalecimento destas linhas. Ela é dinâmica, podendo ser modificada rapidamente num curto período de tempo. Sua eficácia pode ser reduzida por mudanças, como perda de sono, inadequação alimentar,... ou quaisquer alterações nas atividades da vida diária.

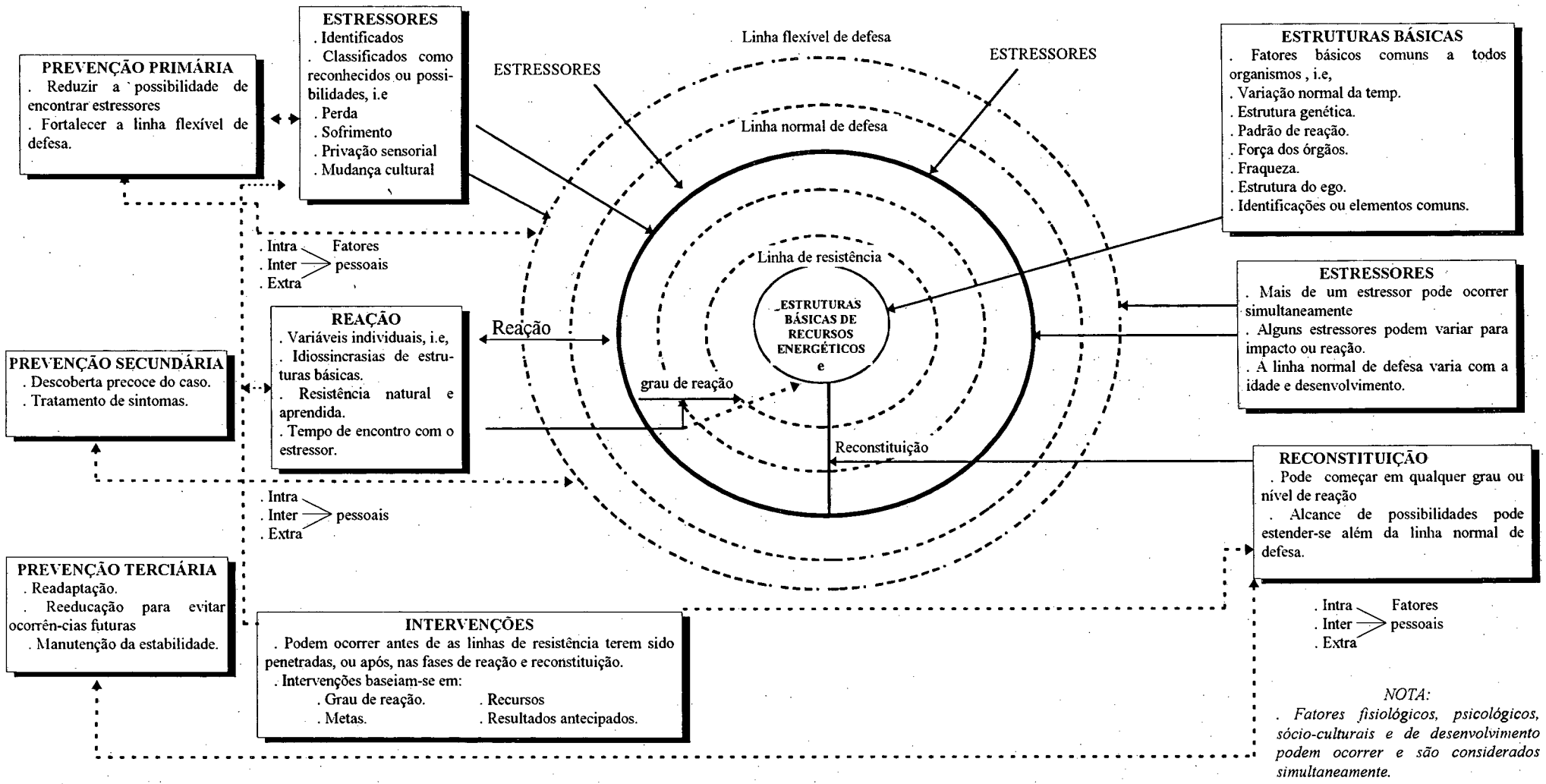


FIGURA 01: O MODELO DE NEUMAN: UMA ABORDAGEM DA PESSOA TOTAL PARA ENCARAR OS PROBLEMAS DO PACIENTE.

FONTE: George, 1993, p.230

Uma vez ocorrida a invasão de um estressor, o indivíduo lança mão da linha de resistência, representada por anéis pontilhados, mais interna que a linha normal de defesa. Ela é composta por fatores de resistência interna, ativados para proteger e preservar a estrutura básica contra a invasão de estressores. Estas linhas devem estar bem fortalecidas devido à proximidade com o núcleo energético. É importante que os fatores estressantes não as ultrapassem, caso contrário, representa uma ameaça à integridade do núcleo. Nesta situação, metas devem ser traçadas e irem em busca de recursos, através de uma assistência qualificada. É bom lembrar que os estressores quando alcançam estas linhas, deixam marcas, como por exemplo: as doenças ou em caso dos idosos, a incapacidade funcional e invalidez social.

Os estressores podem incidir juntos sobre o sistema de uma só vez. Eles foram classificados por Neuman como sendo extrapessoais, interpessoais e intrapessoais, com as seguintes significações:

a) **Extrapessoais**: Forças que ocorrem fora do sistema que geram reação - resposta, como, por exemplo, as condições de moradia em que o idoso e seu familiar vivem, embora tentem melhorar as condições habitacionais, (sócio-econômico cultural, espiritual e política), possui sentimentos pessoais sobre as suas condições de moradia atual e anterior (psicoafetiva), e a capacidade para executar a melhoria na sua habitação (biológica, de desenvolvimento e psicoafetiva).

b) **Interpessoais**: Forças que ocorrem entre um ou mais indivíduos e que também evocam uma reação ou resposta, por exemplo, o relacionamento intrafamiliar e a expectativas do papel pais-filhos (psicoafetiva, política, sócio-econômico cultural e espiritual), e ou conflitos devido à diferença de idade e de desenvolvimento dos filhos e dos pais (biológica e de desenvolvimento), bem como sentimentos acerca do papel

(psicoafetiva).

c) **Intrapessoais**: Forças que ocorrem dentro do indivíduo, por exemplo a debilidade orgânica, mudanças de hábitos de vida e comprometimento da funcionalidade para as atividades da vida diária (biológica e de desenvolvimento, sócio econômica, cultural, espiritual, psicoafetiva e política).

Outros fatores ainda influenciam a reação do sistema a um estressor de modo diverso. Aquilo que é nocivo a um pode não ser a outro. Deve ser levado em consideração a quantidade e o poder dos estressores, a duração do encontro com estes e seu significado específico para um sistema. Então, uma avaliação cuidadosa do impacto e significado dos estressores no sistema, bem como o conhecimento das liabilidades passadas de enfrentamento são extremamente importantes para o planejamento de ações de enfermagem adequada.

Sempre que um ou mais estressores sejam detectados ou identificados, faz-se necessária uma intervenção a nível primário, secundário ou terciário, entendida como forma de reação.

Neuman, valendo-se dos princípios de Saúde Mental de Caplan, organizou as formas de reação dentro da classificação dos níveis de prevenção, como segue:

a) **A nível de prevenção primária**: Pode começar em qualquer ponto em que um estressor seja suspeitado ou identificado. A meta da intervenção primária é evitar que o estressor ultrapasse a linha normal de defesa, ou diminua o grau de reação, através da redução da possibilidade do encontro com os estressores e através do reforço da linha flexível de defesa. As ações sobre as circunstâncias prejudiciais estão diretamente ligadas às atividades que enfocam a promoção da saúde, prevenção de desequilíbrios e de

enfermidades.

b) **A nível de prevenção secundária:** Somente ocorre quando a prevenção primária não surtiu o efeito necessário. Inicia-se, então, a prevenção secundária. Trata-se de ações que reduzem a prevalência das enfermidades, alterando os fatores que conduzem ao transtorno, diagnóstico precoce e tratamento eficaz na tentativa de fortalecer as linhas internas de resistência e reduzir a reação. A intervenção de enfermagem, nesse nível, pode começar em qualquer ponto onde seja reconhecida reação ao estresse. Ela pode estender-se além ou abaixo do nível usual de bem-estar ou da linha de defesa. Caso não ocorra este fortalecimento, a indivíduo não chega à reconstituição pela desestruturação da estrutura básica podendo levar a falência.

c) **A nível de prevenção terciária:** Intervenção iniciada, geralmente, após o tratamento na prevenção secundária, quando ocorreu a reconstituição ou algum grau razoável de estabilização. O objetivo desta fase é a manutenção da adaptação, através do fortalecimento das linhas de resistência, prevenindo ocorrências futuras. Para isso se usam medidas de reeducação, readaptação e manutenção da estabilidade do sistema, o que inclui os ambientes externo e interno. Em suma, as ações são de redução dos efeitos colaterais de um dano instalado, buscando a reabilitação e retornando às ações da prevenção primária.

Neuman dá ao modelo uma visão multidimensional ao considerar todas as variáveis que afetam o sistema do indivíduo e do posicionamento adequado das prioridades de intervenção em termos de maiores necessidades, em qualquer ponto do tempo e do espaço.

Gonçalves (1996, p.33) parafraseia dizendo que “o estado de equilíbrio requer trocas de energia pelas quais o homem é capaz de enfrentar seus estressores, e é

denominada por Neuman de homeostasia”. O homem, ao enfrentar os estressores, resgata seu estado de viver saudável, confirmando, assim, a integridade do sistema. Os estressores também podem ser benéficos, dependendo da natureza, grau e oportunidade de reação e também da capacidade individual de cada um em transformar o estresse em mudança positiva.

2.2.1. Pressupostos de Neuman

Para clarear o seu modelo, Neuman elaborou pressuposições básicas que são subjacentes à estrutura conceitual, na qual a teorista enfatiza o cliente, o meio, os níveis de prevenção e a reação do cliente aos seu estressores. Seguem os dez pressupostos extraídos de Cross in George (1993) e Neuman (1980).

1- Cada indivíduo tem uma estrutura de fonte de energia básica que contém características que são tanto únicas como comuns a todo ser humano e é essencial à vida.

2- O ser humano, esteja em qualquer etapa do ciclo vital, e em estado de bem-estar ou de doença, terá sempre operando em sua estrutura as interrelações das variáveis: fisiológicas, psicológicas, sócio-culturais, de desenvolvimento e as espirituais. O bem-estar é um “*continuum*” de energia disponível para dar apoio ao sistema, em seu estado de excelência.

3- Cada indivíduo desenvolve uma gama normal de reações ao ambiente que é conhecida como *linha normal de defesa*, ou estado dinâmico de adaptação ou de homeostase da pessoa, a qual é mantida ao longo do tempo. Assim, cada indivíduo, com o seu modo peculiar de reação, busca o seu estado de bem-estar.

4- Existem inúmeros estressores universais conhecidos e

desconhecidos. Cada um é diferente em seu potencial de impacto em perturbar o equilíbrio dinâmico do indivíduo, isto é, a *linha normal de defesa*. As interrelações peculiares das variáveis fisiológica, psicológica, sócio-cultural, de desenvolvimento e espiritual do cliente, em qualquer ponto do tempo podem afetar o grau em que o mesmo se encontra protegido pela sua *linha flexível de defesa*, contra possíveis reações a um único ou combinação de estressores.

5- Quando a proteção do efeito amortecedor, tipo sanfona, da linha flexível de defesa não mais consegue proteger o indivíduo contra o estressor, este atravessa a *linha normal de defesa*. O interrelacionamento das variáveis determina o grau e a natureza da reação do organismo ao estressor.

6- Cada indivíduo tem formado, em seu interior, um conjunto de fatores de resistência, conhecidos como linhas de resistência que funcionam para estabilizar e fazer com que o cliente retorne a um estado normal de bem-estar, conferido pela *linha normal de defesa* ou, possivelmente, a um nível mais elevado de estabilidade dinâmica, após uma reação ao estressor.

7- A prevenção primária relaciona-se ao conhecimento geral aplicado à avaliação do indivíduo, objetivando a identificação antecipada dos fatores de risco associados aos estressores antes que os mesmos atinjam o indivíduo e produzam efeitos nocivos.

8- A prevenção secundária relaciona-se com a sintomatologia e representa intervenções após a agressão do estressor, as quais seguem um ordenamento apropriado de prioridades ao tratamento e cuidado para reduzir os efeitos nocivos ao ciclo vital.

9- A prevenção terciária relaciona-se com os processos de ajustamento que se dão quando começa a reconstituição. À medida que se

reconstitui o estado normal do indivíduo, os fatores de manutenção fazem o cliente retornar, de forma a circular, na direção da prevenção primária.

10- Os indivíduos encontram-se numa troca constante e dinâmica de energia com o ambiente.

2.3. Marco conceitual proposto

2.3.1 Pressupostos pessoais com base em Neuman adaptados ao paciente idoso e seu familiar com vista ao resgate de sua cidadania

Estes pressupostos pessoais estão baseados numa abordagem da pessoa total, derivada à pessoa idosa fragilizada e seu familiar.

1- A pessoa idosa fragilizada e seu familiar, exercitando a sua cidadania, como qualquer outro indivíduo, possui uma estrutura central de energia básica, com características comuns e peculiares a ambos. É importante manter este sistema em equilíbrio para a preservação e a manutenção da vida e saúde. Tal estrutura básica está em constante interrelação com as variáveis: sócio-econômicas, culturais, espirituais, biológicas, de desenvolvimento, psicoafetivas e outras como: ambientais, de sobrevivência e políticas.

2- Existem vários estressores que podem comprometer as linhas de defesa da pessoa idosa e de seu familiar, sejam eles identificados ou não. Cada estressor tem um potencial diferente de reação-resposta que pode comprometer a estabilidade da pessoa. Este grau de reação resposta depende de como o idoso e seu familiar se encontram protegidos em relação a esses estressores. Relaciona-se ao fortalecimento das *linhas de defesa*. Os estressores mais comuns a esses indivíduos são: o próprio processo de

envelhecimento; alteração do sono e repouso; sofrimentos por perdas, incluindo morte e luto; multipatologias crônicas; incapacidades/deficiências físicas; mudanças climáticas; mudanças de moradia; mudanças na situação sócio-econômica; dependência de outrem; sobrecarga de encargos familiares; entre outros. É comum ocorrer mais de um estressor ao mesmo tempo.

3- A pessoa idosa fragilizada e o seu familiar desenvolvem, com a experiência de vida familiar face o envelhecimento, uma gama normal de reações aos estressores que é denominada de *linha normal de defesa*, a qual indica um grau de estabilidade do sistema. Quanto mais compacta apresentar-se esta linha, maior será a dificuldade dos estressores em invadir o sistema da pessoa idosa e de seu familiar.

4- Quando o efeito amortecedor, tipo sanfona, da *linha flexível de defesa* não mais conseguir proteger a estrutura do sistema da pessoa idosa e de seu familiar contra os diversos estressores, estes irrompem a linha normal de defesa, podendo atingir a estrutura energética central.

5- A pessoa idosa e o seu familiar já têm uma predisposição à interferência à sua saúde, principalmente quando estão vivenciando momentos de estresse. O desequilíbrio do sistema pode ocorrer com maior intensidade. O bem-estar é um "*continuum*" de energia disponível que serve para dar apoio à pessoa.

6- A pessoa idosa e o seu familiar, como qualquer outro indivíduo, possui um conjunto de fatores internos de resistência, conhecido como *linha de resistência* que funciona para estabilizar e fazer com que as pessoas retornem ao seu estado normal de bem-estar ou de estabilidade, após a reação à agressão de algum estressor.

7- A partir da detecção do estressor ou antecipação de possíveis

estressores, é importante e necessária a ação de enfermagem. Esta ação de enfermagem, que Neuman nomina como “*intervenção*”, portanto, pode ser de natureza de prevenção primária, secundária ou terciária. Na *prevenção primária*, incluem-se ações com o objetivo de fortalecer as *linhas de defesa*, e significam educação e orientação da pessoa idosa e seu familiar, com vistas ao resgate de sua cidadania. Na *prevenção secundária*, incluem ações priorizadas de enfermagem, segundo a natureza da invasão ocorrida dos estressores, a fim de reduzir seus efeitos no ciclo vital, tendo o objetivo de fortalecer as *linhas de defesa* do idoso e seu familiar. Na *prevenção terciária*, as ações se relacionam ao processo de ajustamento da pessoa idosa e seu familiar, levando à profilaxia de recidivas de episódios controláveis ou evitáveis. É também neste processo de adaptação que o indivíduo aprende a lidar com o seu meio, e assim retornar a desenvolver ações de prevenção primária. É importante, aqui, visualizar dentro de uma ampla visão livre de discriminação e estereótipos, que contemple os direitos de cidadania do idoso e sua família.

8- O grau de reação para a *reconstituição* do sistema das pessoas (idoso e familiar), depende dos fatores que ocasionaram a ruptura das *linhas flexíveis de defesa* e a interrelação das variáveis, sobretudo daquelas externas de natureza ambiental, sócio-econômica, sócio-política e cultural.

9- A pessoa idosa e o seu familiar encontram-se numa troca constante e dinâmica de energia com o seu contexto ambiental, o qual, sendo favorável, possibilitará o resgate da sua cidadania. Muitos idosos, mesmo sofrendo de multipatologias crônicas, conseguem preservar sua independência e autonomia e o seu bem-estar no viver diário.

10- O envelhecimento pode envolver avanços positivos se os indivíduos e a sociedade forem capazes e disponíveis para investir mais

recursos na geração de uma cultura positiva da velhice.

2.3.2. Conceitos do marco conceitual

Na reelaboração do marco conceitual, procurei adequar as idéias de Betty Neuman, assim como aquelas encontradas nos diferentes autores que descrevem sobre idosos e cidadania, com os quais me identifico.

A teoria de sistema de Betty Neuman e os seus conceitos principais, reapresentados por George (1993), foram as principais motivações para a sua utilização neste trabalho, associados a outros conceitos específicos. Seguem, então, os conceitos de ser humano idoso e seu familiar, ambiente, enfermagem, saúde/bem-estar doença e cidadania.

a) **Ser humano idoso e seu familiar:** Neuman considera o indivíduo como uma “pessoa total”, multidimensional, em constante interrelação com o seu ambiente. O ser humano idoso, como qualquer outro ser humano, é afetado por variáveis que conferem o equilíbrio orgânico: variáveis biológica e de desenvolvimento, psicoafetiva, sócio-econômica, cultural e espiritual. Acrescentou-se aqui, a variável política, considerando adoção do conceito de cidadania. O ser humano idoso, conforme figura-2, figurativamente falando, é rodeado por um campo energético que mantém em equilíbrio dinâmico, denominado de *linhas*. Na ocorrência de situações estressantes, operam, automaticamente, reações orgânicas, as quais podem ser positivas ou negativas. Estas reações dependem da ação de enfermagem adotada e das características individuais da pessoa assistida. Enfatiza-se que, em sua totalidade, o ser humano idoso é único, e, portanto, com características individuais, peculiares e visto como um sistema aberto em interface com o ambiente.

O ser humano idoso, neste trabalho, representado pela pessoa idosa fragilizada que pertence a uma família, a uma sociedade, compartilha valores, crenças e atitudes neste contexto. São lhe atribuídos diversos papéis, entre estes o direito de ser cidadão, como qualquer outro membro da sociedade. É também uma pessoa que, no seu curso de vida, obteve, simultaneamente, ganhos e perdas, principalmente quanto à sua cidadania que acaba-se perdendo com a aposentadoria e velhice. Tais condições levam à desvalorização sócio-econômica, cultural e familiar, vivenciadas comumente pelas pessoas idosas pobres.

A busca constante do resgate da cidadania está voltada para a revalorização do idoso como ser humano, com direito de ser assistido com qualidade em qualquer serviços da assistência à saúde; de ser ouvido; respeitado e compreendido pelos seus familiares ou quaisquer outras pessoas da sociedade; de ter condições sócio-econômicas e culturais para viver com boa qualidade de vida; de ter condições de autonomia em seus atos e pretensões.

O familiar do idoso fragilizado (uma ou mais pessoas) representa o ser humano com características próprias em função dos papéis que lhe são atribuídos de cuidador pela própria unidade familiar, e pela sociedade. O desempenho de tais papéis podem se constituir em encargo pesado, levando o familiar cuidador à um nível de estresse muitas vezes de difícil reconstituição de energia, tornando-se também, cliente da enfermagem juntamente com o idoso, para o apoio profissional, no sentido de reconstituir o seu equilíbrio dinâmico.

b) **Ambiente:** Consiste, para Neuman, tanto de forças internas quanto externas que interferem no sistema pessoal em qualquer ponto do tempo. O ambiente é visto com dimensões intra, inter e extrapessoais. O

ambiente é dinâmico e representa a mobilização inconsciente por parte do cliente de todas as variáveis do sistema.

O ambiente externo da pessoa idosa fragilizada, neste estudo, pode-se intercalar entre o hospital, o domicílio e o asilo, sendo ele aconchegante ou não.

No hospital, o idoso se vê afastado de seus familiares, tendo o “direito” de vê-los apenas no horário de visita, salvo exceções, fora do horário estipulado, estando sujeito às normas e rotinas da instituição.

No domicílio, a casa é dele, ou de seu(a) filho (a), ou de outrem, podendo o idoso morar sozinho, acompanhado do cônjuge e filhos/ parentes ou ao contrário, os filhos/ parentes morarem com ele. O domicílio da pessoa idosa nem sempre é adequado para morar, no entanto, há aquele idoso e seu familiar que se sentem satisfeitos com suas interações interpessoais e extrapessoais constante com o seu ambiente circundante. Quase sempre na atualidade, o ambiente da pessoa idosa pobre e de seu familiar está sujeito à estressores externos, pela insuficiência de programas sociais e de saúde adequados, bem como de recursos da comunidade: transporte coletivo, iluminação, saneamento básico de água e esgoto, moradia e ambiente seguro, entre outros.

c) **Enfermagem** : É uma “*profissão única*” que se preocupa com as variáveis que afetam as reações humanas aos estressores, com enfoque principal sobre a pessoa total. A meta principal da enfermagem é a retenção e obtenção da estabilidade do sistema do cliente (Neuman, 1980). Ela também é vista como um processo de ação, reação e integração, no qual a enfermeira e o cliente compartilham informações sobre as percepções da situação em que se encontram. A enfermagem, ao assistir tem o cuidado de atender globalmente à pessoa idosa e a seus familiares, independente das

suas condições sócio-econômicas cultural, espiritual e política, com o objetivo de reduzir os fatores estressantes e/ ou condições que comprometam sua vida, independente da situação em que se encontra, como por exemplo: a mudança de ambiente, sofrimento pela doença ou situação vivenciada, falta de seus entes queridos, a readaptação ao seu ambiente, aposentadoria, processo de envelhecimento, dificuldade de relacionamento com os outros e com ele próprio.

A enfermagem atua no sentido de cuidar para prevenir que estressores invadam o núcleo energético da pessoa idosa e de seu familiar, através da conscientização dos profissionais de saúde e dos próprios clientes (idoso e familiar), a respeito dos direitos da pessoa idosa de ser cidadão, assegurado pela Constituição Nacional, pela Lei nº 8842, de 04 de Janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do idoso e pelo Plano de Ação Governamental Integrado para o Desenvolvimento Nacional do Idoso.

A enfermagem ocupa-se com o potencial da pessoa envelhescente, porém não ignora os princípios éticos no que tange às questões associadas com a fase final de curso de vida: ou seja, a finitude, o afastamento e a morte, proporcionando ao idoso o direito de viver e morrer dignamente. A enfermagem respeita e preserva a dignidade do viver da pessoa idosa, sem discriminações, assegurando-lhe uma assistência de qualidade, equidade, responsabilidade, competência e honestidade. Assegura também o apoio e encaminhamentos necessários, durante a fase inicial de luto dos familiares, permitindo-lhes o enfrentamento de estresse da perda por morte de seus entes idosos.

d) **Saúde/bem-estar - doença:** A saúde é vista por Neuman (1980), como um “*continuum*” e não uma dicotomia entre saúde e doença. Saúde compara-se a um estado de equilíbrio dinâmico do sistema. Já um estado

reduzido de bem-estar e saúde é o resultado de desequilíbrio temporário. A saúde é entendida como estando em vários níveis mutáveis, dentro de uma variação normal, elevando-se ou decaindo ao longo do curso da vida. Ainda apoiado nas idéias de saúde de Neuman, ela é uma energia viva que, através de um processo de interação, uma pessoa idosa pode reter graus variados de equilíbrio e harmonia, no ambiente que o mesmo convive. Podemos associar a saúde com a qualidade de vida, na qual o idoso chegou à velhice. O bem-estar, a boa qualidade de vida, a autonomia/independência no viver diário parecem representar sinônimos de ser saudável, na medida em que cada vez mais observamos idosos sofrendo de multipatologias e entre estes há os que vivem com satisfação e autonomia e outros não. O bem-estar pode ser assegurado, ao evitar, retardar ou recuperar incapacidades funcionais e invalidez social. Tanto a autonomia mental, psicológica e social pode ser preservada quanto a deficiência cognitiva ser evitada, na maioria das vezes, desde que a pessoa idosa tenha condições de permanecer ativa durante longo tempo de vida, com o direito de produzir, de criar e de trabalhar até quando desejar.

e) **Cidadania**: É o próprio direito à vida, no sentido pleno da palavra. Trata-se de um direito que precisa ser construído coletivamente, não só em termos de satisfação das necessidades básicas, mas de acesso a todos os níveis de existência, incluindo o mais abrangente, o papel do homem no Universo (Covre, 1995).

O direito à cidadania foi descrito na Carta de Direitos da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1948, que tem suas primeiras matrizes marcantes nas Cartas de Direito dos Estados Unidos de 1776 e da Revolução Francesa de 1789.

Com base nestas cartas, Covre (1995) afirma que a proposta mais

profunda de cidadania é a de que todos os homens são iguais ainda que perante a lei, sem discriminação alguma. E ainda a todos cabe o domínio sobre seu corpo e sua vida.

Cidadania é a qualidade social de uma sociedade organizada sob a forma de direitos e deveres majoritariamente reconhecidos. Ela pressupõe o estado de direito, que parte pelo menos na teoria, da igualdade de todos perante a lei, e do reconhecimento de que as pessoas e a sociedade são detentoras inalienáveis de direitos e deveres (Demo, 1994).

No Brasil, os direitos e deveres do cidadão estão regidos pela Constituição que deve ser conhecida por todos, pois ela é uma arma para conquistar e encaminhar propostas mais igualitárias. A cidadania só existirá se houver a prática da reivindicação com participação coletiva. E esta prática pode ser conquistada através de uma política social. Uma das estratégias mais efetivas de conquistar uma política social condizente com a necessidade é a educação individual e coletiva. Esta educação poderá ser feita através da informação, da orientação, do encaminhamento, da reivindicação, entre outras. Mas, para que ocorra esta educação é necessário que as pessoas se sensibilizem a buscar/resgatar a sua cidadania. Demo (1994, p.23) destaca que “uma sociedade se faz de sujeitos capazes, não de objetos de cuidado”.

Aplicando-se mais especificamente à pessoa idosa, a cidadania representa o direito à vida plena e de qualidade. É ser atendido dignamente nos serviços sociais de saúde, com respeito, privacidade, sem discriminação social, ou de idade, ou de processo patológico. É também ter o direito de obter informações sobre o seu processo de saúde /doença, tomar decisões sobre a sua própria pessoa. Ter assegurado, no mínimo, as suas condições básicas de vida, como: moradia, alimentação, vestuário, educação, trabalho,

lazer, enfim, fazendo valer os seus direitos e deveres de cidadão, conquistando, assim, um viver condigno. É, sobretudo, através da educação individual e coletiva que se conseguirá a conscientização para a emancipação social, na qual o indivíduo se descobre capaz de realizar, por si mesmo, o processo emancipatório. Mas, para isso, é importante que haja maior participação, compreendida como processo de busca criativa, original dos próprios idosos, estes como grupo, e de seus familiares.

Estando o idoso no hospital, no domicílio, ou em qualquer serviço de assistência, ele estará garantido pela Constituição Federal, Estadual e Municipal, como qualquer outro cidadão, porém, terá ainda a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 (anexo 2), que dispõe sobre a política nacional do idoso que apresenta, no seu capítulo I, conforme o Diário Oficial (1994, p.1) que “a política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”, vindo a conferir com o Plano de Ação Governamental Integrado para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso, realizado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) (1996, p.8) o qual coloca que “os princípios das políticas sociais de atenção à velhice deve ser o de manter o idoso fora do ambiente institucionalizado, sempre que suas condições biopsicosociais permitirem. Nesse sentido são necessárias ações mobilizadoras de todas as forças e de todos os sistemas da comunidade para implementação de programas que atendam às principais conseqüências das vulnerabilidades deste grupo etário, estimulando sua autonomia e independência”. Além disso, descrevem que “importantes ações tem que ser desenvolvidas no sentido de não só resgatar o nível econômico dos idosos, particularmente a dos aposentados, quer pelo aumento significativo de suas remunerações, quer por programas subsidiados de atenção à saúde, à alimentação, à habitação e de outras necessidades”.

Neste plano são contempladas várias ações sociais:

“ Ações integradas de apoio à pessoa idosa : Formulação de políticas integradas e específicas de atendimento à pessoa idosa.

a) *Centros de Convivência para Idosos*: que tem como objetivo atender à pessoa idosa, promovendo o fortalecimento de práticas associativas, produtivas e promocionais, de forma a favorecer a melhoria da sua convivência na família e na comunidade.

b) *Centro de Cuidados Diurnos*: que tem como objetivo atender ao idoso dependente detentor de deficiência temporária ou que necessite de assistência multiprofissional.

c) *Casa Lar*: que tem por objetivo atender o idoso sem família e detentores de renda insuficiente para a sua manutenção.

d) *Oficinas Abrigadas de Trabalho*: que tem por objetivo desenvolver atividades produtivas, de capacidade e de reciclagem profissional, proporcionando a pessoa idosa oportunidade de elevar sua renda.

e) *Prorendas*: que tem por objetivo aumento de renda das famílias pobres.

f) *Atendimento Domiciliar*: que tem por objetivo proporcionar ao idoso meios para que possa permanecer no seu grupo familiar e na própria comunidade.

g) *Atendimento Asilar*: que tem como objetivo atender idosos sem vínculo familiar ou sem condições de prover a sua própria subsistência”.

Certamente estas ações possibilitarão ao idoso uma participação maior e por mais tempo no processo de desenvolvimento da sociedade. Todas tem um papel importante na promoção e manutenção da saúde do idoso de seus familiares, porém, o atendimento domiciliar, um dos focos desta prática, mostrou-se evidenciado pela sua significância.

O atendimento domiciliar nesta prática assistencial de enfermagem visou atender às dificuldades temporárias ou permanentes do idoso e seu familiar.

Coloco, a seguir, a título de ilustração, algumas ações governamentais que ainda estão para ser desenvolvidas pelo governo e, certamente, contribuirão muito para o bem-estar e a saúde da pessoa idosa, garantindo outras alternativas assistências e de melhor qualidade. É importante que os idosos e familiares estejam inteirados deste plano para reivindicar estas ações.

“Instituto Nacional de Seguridade Social: Operacionalização de benefícios.

a) Operacionalização da concessão de benefício de prestação continuada; capacitação de recursos humanos para a efetivação da concessão do benefício.

b) Apoio à criação e manutenção de programas de preparação para a aposentadoria.

c) Atendimento preferencial aos idosos nos Postos de Seguro Social.

d) Adequação da estrutura física dos Postos de Seguro Social às condições de mobilidade dos idosos.

e) Incentivo à utilização dos recursos da comunidade e participação nos programas/projetos voltados para o atendimento aos idosos”.

E estes benefícios de prestação continuada deverão ser requeridos junto aos postos de benefício do Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS, enquanto os formulários de requerimento estarão à disposição do público nos referidos postos e nas agências do Correio, em todo o Brasil. Em Itajaí, SC, na agência do Correio, os funcionários não souberam explicar como proceder para requerer o benefício, na qual mais uma vez, confirmou-se que os programas de benefícios, muitas vezes, ficam apenas nos “papéis”, pois sua efetivação nem sempre é alcançada.

Entretanto, não são apenas ações de ordem social que estarão contempladas neste plano de ação. Há outras, como: cultural, esportiva, trabalho, mas principalmente a saúde e justiça com a secretaria dos direitos e cidadania do idoso.

A secretaria dos direitos e cidadania do idoso descrito no Plano de Ação Governamental Integrado para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso, do MPAS (1996, p.37), tem como objetivo principal, “desenvolver ações de forma a propiciar à pessoa idosa um atendimento de maior qualidade por parte dos órgãos de segurança pública e justiça”. Dentre as ações pertinentes a esta secretaria, encontramos a “viabilização de uma política voltada para a defesa da cidadania da população idosa a ser realizada em conjunto com os Conselhos Estaduais do Idoso já implantados nos Estados (SP, RS, SE, SC, DF)”. Se estas resoluções forem concretizadas, certamente a situação social do idoso melhorará. O Estado de Santa Catarina fará parte desta ação de viabilização de uma política em defesa da população idosa. Mas, infelizmente, isto depende de decisão política e de boa versação dos recursos públicos oriundos dos impostos dos contribuintes, tendendo à demorar na sua implementação.

Outro ponto relevante, neste Plano de Ação Governamental Integrado para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso, do MPAS, (1996, p.40) diz respeito à questão da saúde, que apresenta, como objetivo geral (p.40), o “Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Assistência à Saúde, em articulação com as secretarias dos estados, Distrito Federal e municípios, em consonância com a Lei Orgânica da Saúde e a Lei nº 8.842/94, buscará garantir a atenção integral à saúde do idoso, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos diversos níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde - SUS, bem como estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do SUS”.

2.4. Interrelação dos conceitos

As interrelações entre os conceitos de ser humano, idoso e seu familiar; saúde/bem-estar - doença; enfermagem e ambiente, estão repetidamente mencionadas por todo o modelo de Neuman.

Os conceitos explicitados em suas diferentes dimensões, tais como as ações de prevenção primária, secundária e terciária compreendem a assistência de enfermagem integral, a qual abriga as uniões gerais e necessárias para a compreensão da relação entre os conceitos envolvidas no modelo.

No processo saúde/bem-estar e doença, o ser humano idoso pode vivenciar situações súbitas e inesperadas, levando ao estresse que pode ter origem extrapessoal, interpessoal ou intrapessoal. Para cada conjunto de estressores identificados haverá uma reação pessoal que poderá requerer uma assistência de enfermagem individualizada. É importante salientar que o ser humano idoso estará constantemente em interação com o seu ambiente, que poderá influenciar, positiva ou negativamente sobre ele. O resgate da cidadania deverá permear todo este processo, sendo um marco significativo para a restauração ou reconstituição de todo o sistema do ser humano idoso e de seu familiar, de modo mais consistente e duradouro. O resgate e o exercício da cidadania serão efetivados através de um processo participativo de educação em saúde, no qual o idoso fragilizado e seu familiar serão capazes de criar e transformar o real no processo de enfrentamento da situação de discriminação social, de maneira efetiva e duradoura, se assim o quiserem. O processo educativo somente é possível quando o educador se constrói durante o processo, no qual ele ensina e aprende ao mesmo tempo, sendo que o processo educativo estará inserido, constantemente, á prática

assistencial de enfermagem.

Na figura 2, procuro associar, com base no modelo do sistema de Betty Neuman, como vejo a presente proposta de prática assistencial ao idoso doente/fragilizado e de seu familiar cuidador, com vistas ao resgate de sua cidadania.

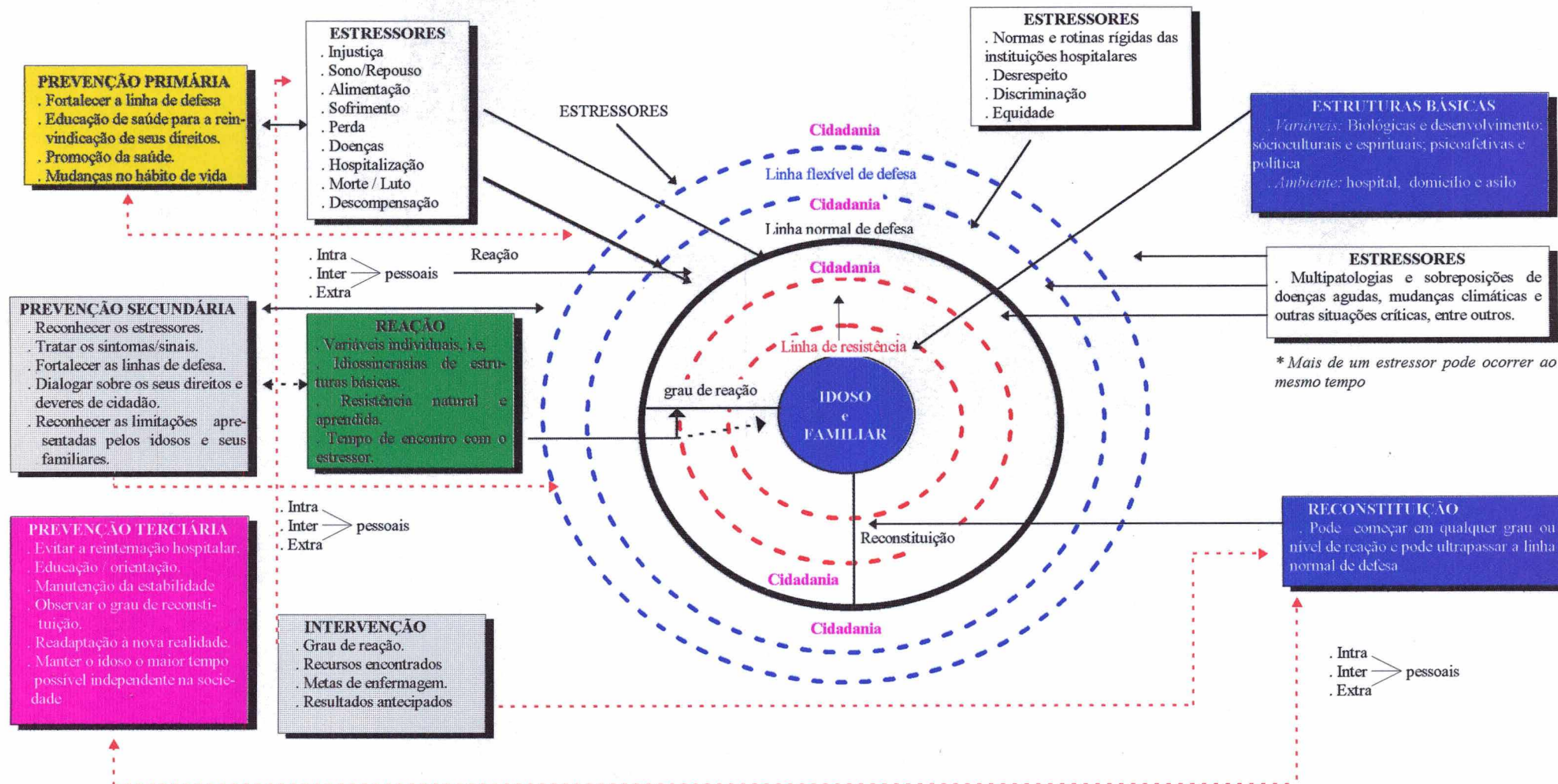


FIGURA 02: MODELO DE DIAGRAMA DE BETTY NEUMAN APLICADO AO CUIDADO DO SER HUMANO IDOSO E SEU FAMILIAR, COM VISTAS AO RESGATE DE SUA CIDADANIA

* Adaptado pela mestrandia da UFSC: Juliana V. de Araujo Sandri, 1997. Conforme modelo de sistema de Betty Neuman (Cross, 1993, p.230)

3. METODOLOGIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Neste capítulo, apresentam-se os locais onde a prática assistencial foi realizada; a população estudada; o processo de enfermagem seguido, fundamentado no marco conceitual adotado incluindo os aspectos éticos e de educação.

Esta prática assistencial foi desenvolvida, inicialmente, com pessoas idosas, num hospital geral de Itajaí - SC, e, após a alta hospitalar, no domicílio das pessoas idosas.

O hospital geral de Itajaí - SC, é o único hospital geral da cidade, e atende também a outros municípios vizinhos. É de natureza pública e privada e atende a diversos convênios, embora o que prevalece seja o SUS (Sistema Único de Saúde). O hospital possui em torno de 250 leitos, atendendo a diversas especialidades, como: clínica médico-cirúrgica, centro obstétrico, neonatologia, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva, pronto socorro, isolamento de doença infecto contagiosa, AIDS, entre outras especialidades.

3.1. A Entrada ao campo da prática

Antes de dar início à implementação do projeto de prática assistencial, foi encaminhada à chefia de enfermagem e administradores do hospital a solicitação para a realização desta prática assistencial de enfermagem, deixando um exemplar do projeto para apreciação e emissão de consentimento.

Esta prática assistencial foi realizada com 05 (cinco) idosos, três durante a disciplina da prática assistencial, e dois, durante o projeto da dissertação. Todos os assistidos seguiram os critérios propostos, como: eram

pacientes internados no hospital, com idade igual ou superior a 60 anos; fragilizados; cujo o período de internação hospitalar situou-se entre 7 a 10 dias e, com residência em Itajaí, facilitando a continuação do trabalho em domicílio. Outro elemento que fez parte do trabalho foi a família do idoso, o seu cuidador; o qual, em alguns momentos, tornava-se cliente também.

Relata-se, neste momento, como ocorreu a aplicação do marco conceitual desde a escolha da pessoa idosa até os passos finais para a realização deste trabalho.

A escolha da pessoa idosa a ser assistida ocorreu de forma proposital. Ao chegar às unidades de internações, procurava-se pelos idosos internados, cuidando sempre para seguir os critérios anteriormente citados.

Estando eles selecionados, conversava-se individualmente, primeiro sem perspectiva que fizessem parte do trabalho. Era uma conversa informal, com intuito de verificar se havia interação entre as partes envolvidas.

Havendo interação, o passo seguinte era avahar quais os idosos que estavam vivenciando momentos estressantes e que necessitavam de intervenção de enfermagem imediata. Outro ponto importante observado era a possibilidade de acompanhar a sua internação e a sua reabilitação no domicílio.

Após ter feito a escolha, foi proporcionado um diálogo aberto e claro, quanto a explanação dos objetivos e procedimentos do trabalho. Posteriormente ao consentimento do idoso, solicitei a autorização do familiar, tendo o cuidado de também apresentar os objetivos e procedimentos.

Todas as pessoas idosas, neste estudo, tinham condições de responder por seus atos, salvo em alguns momentos críticos. Nesta situação o contato era com o familiar.

Em seguida a esses procedimentos foi conversado com a chefia de enfermagem da unidade, onde o idoso se encontrava, e com o médico responsável pelo tratamento clínico, sendo informando a eles também os objetivos e os procedimentos do trabalho.

Compartilhou-se diariamente a sua internação, realizando as visitas em horários diferentes, conforme a disponibilidade das partes envolvidas, até a sua alta hospitalar. Prestou-se assistência de enfermagem necessária para cada momento compartilhado e procurou-se seguir os passos do processo de enfermagem adotado.

Durante a internação da pessoa idosa, foi lhes solicitado e a seu familiar, a permissão da continuidade em seu domicílio. Sendo que, a primeira visita domiciliar foi agendada no dia da alta hospitalar.

A freqüência da visita domiciliar dependeu da necessidade encontrada em cada uma das pessoas idosas e de seus familiares. O objetivo da visita domiciliar com a pessoa idosa era o de acompanhar e observar o seu dia-a-dia, juntamente com o seu familiar e averiguar se as condições e assistência prestada durante a hospitalização foram compreendidas pelos mesmos, bem como replanejar os cuidados, no sentido de reconstituir as suas linhas de defesa.

As etapas do processo de enfermagem, aplicados ao idoso e familiares, no domicílio, foram as mesmas adotadas durante a hospitalização. No domicílio, os passos foram executados simultaneamente, aplicando a última fase de avaliação (reconstituição), com vistas à implementação da visita anterior. No final, ocorreu a avaliação da assistência prestada, com os envolvidos no processo.

A descrição da vivência da prática assistencial do idoso e familiar era realizada logo após o encontro, procurando-se, na medida do possível,

relatar, na íntegra, os reais acontecimentos. Os registros não foram efetuados na presença dos sujeitos do estudo em nenhum momento, por se acreditar que estas atitudes poderiam constranger e dificultar o envolvimento das pessoas.

Para preservar o sigilo sobre a identificação da pessoa idosa e seu familiar, atribuiu-se a estes respeito, carinho e compromisso, um novo nome e uma data fictícia de encontro/assistência, sem que com isto se deixasse de lembrar os seus nomes e momentos que passamos juntos, no verdadeiro sentido de gratidão e aprendizagem.

Foi-lhes informado quanto à liberdade de saírem do estudo no momento em que desejassem, sem que isto viesse interferir no tratamento e assistência posterior, bem como o direito de conhecerem e saberem o que foi escrito deles no trabalho.

Outro ponto importante preservado foi de não apresentar atitudes julgadoras, não formando juízo acerca dos comportamentos relacionais entre o idoso e o familiar e não tomar partido em conteúdo de acusações entre os mesmos quando haviam. Em todo o momento da prática assistencial foi preservada a privacidade.

Além destes aspectos éticos relatados e seguidos anteriormente, ocorreram outros, na medida em que se desenvolvia o trabalho os quais merecem o meu trato, segundo os entendimentos que tenho de ética como um processo contínuo e dinâmico, de constante procura, esclarecimento e defesa à conservação da vida e da natureza do ser humano. A sociedade vive em constante processo de interação ética e este é posto como requisito para qualquer proposta de saúde comprometida com o bem-estar da sociedade. Para Garrafa (1994, p.58), “é impossível alcançar níveis adequados de saúde para a população de um país, se não existir um pleno processo de cidadania”. Ainda

o mesmo autor (p.58) continua afirmando que, “para alcançar a cidadania desejada em saúde, é indispensável que os programas e os recursos humanos do setor (inclusive a área universitária) e suas entidades representativas assumam o desafio ético de contribuir na instrumentalização teórica e prática do povo neste processo”.

Quando a verdadeira cidadania for alcançada no Brasil, teremos o indicador ético mais claro que a população conquistou, os níveis sanitários e educacionais compatíveis com a sua dignidade como seres humanos. Não bastam slogans de saúde como : *“Saúde, direito de todos e dever do Estado”*. É necessário ir além desta expressão idealística. Deve-se lutar por algo concreto, com propostas técnicas palpáveis e atingíveis, num processo político democrático em uma sociedade capitalista.

Conforme o “Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem”- COFEN (1993, p.3) “o aprimoramento do comportamento ético do profissional passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional, configurado pela responsabilidade do plano das relações de trabalho com reflexos nos campos técnico, científico e político”. Ainda o mesmo Código (p.3), “reúne normas e princípios, direitos e deveres pertinentes à conduta ética do profissional que deverá ser assumido por todos.” Ele está centralizado no cliente. É esperado que os profissionais de saúde lutem a favor de uma assistência de qualidade sem riscos e acessível a toda população.

Neste sentido, entendo que a enfermeira, enquanto profissional ético, precisa refletir profundamente sobre as questões da moral e não apenas deixar-se levar por situações que possam parecer cômodas a princípio. É essencial assumir a posição ética comprometida com a justiça, a observação consistente e a obrigação de um tratamento global e igualitário para os seres humanos, independente de raça, idade, crença, situação sócio-econômica, cultural, etc...

Os aspectos éticos que permearam esta prática assistencial dizem respeito à situação do idoso e de seus familiares, no hospital e no domicílio, como o desrespeito, a suposta marginalização no hospital e no domicílio.

Acredito que o profissional de enfermagem precisa ter respeito profundo à vida, à dignidade e aos direitos da pessoa humana, em todo o seu processo de viver, sem discriminação de qualquer espécie, com o intuito de promover e manter o bem-estar do indivíduo como um todo. Principalmente, reconhecer o direito do idoso de decidir sobre a sua pessoa, seu tratamento e bem-estar, seu pudor, constrangimento, bem como respeitar a privacidade e a intimidade do idoso e de seus familiares.

Durante a internação e durante a visita domiciliar, a prática assistencial de enfermagem teve como instrumento o processo de enfermagem que será explicado a seguir.

3.2. O Processo de enfermagem

O processo de enfermagem usado foi desenhado, adaptando-se ao marco conceitual adotado. As etapas utilizadas tiveram como apoio as preconizadas por Stanton et al apud George (1993, p.25-36), com algumas modificações, adequando-as ao modelo de Neuman e ao conceito de cidadania, bem como de modificações requeridas pela especificidade da área gerontológica.

Stanton et al apud George (1993, p.25-36), definem o processo de enfermagem “como atividade intelectual deliberada pela qual a prática de enfermagem é implementada de forma sistemática e coordenada”. Colocam também (p.25-36), que é a “ferramenta metodológica de enfermagem que auxilia o enfermeiro em suas decisões e a prever e avaliar as conseqüências, constituindo a essência da prática de enfermagem”.

Portanto, o processo de enfermagem desenhado compunha-se das seguintes etapas: *a) histórico de enfermagem; b) diagnóstico de enfermagem; c) planejamento/ implementação de cuidados; e e) avaliação.*

Este processo foi constituído por ações integradas e contínuas que, didaticamente, suas etapas foram apresentadas separadamente, mas, na prática, revelaram-se como uma ação global, dinâmica e flexível de ações de enfermagem em direção às metas que, conforme Neuman, deverão fortalecer as linhas de defesa, com o intuito de manter o equilíbrio energético de todo o sistema, preservando, assim, na medida do possível, a saúde e a vida .

A seguir, apresentam-se as etapas do processo de enfermagem usadas para o desenvolvimento desta prática assistencial. É oportuno destacar que, a cidadania, esteve contemplada em todas as etapas deste processo, de forma implícita e/ou explícita.

3.2.1. Histórico de enfermagem

O histórico do idoso e do familiar teve como objetivo obter as melhores informações possíveis a fim de estabelecer um diagnóstico consistente.

Este histórico foi colhido sob forma de questionamento, observação, exame físico, diálogo e consulta ao prontuário do idoso.

Convém lembrar que os dados dos familiares foram colhidos à medida que se observava algum estresse e sua reação/resposta que exigia cuidados, além dos dados de identificação necessários para um trabalho de parceria: cuidador familiar e enfermeira.

A técnica da observação foi utilizada tanto para o exame físico quanto para avaliar o comportamento do idoso e seu familiar com a finalidade de

identificar as reações/ respostas aos estressores e o comprometimento das linhas de defesa do idoso/ familiar. O exame físico consistia na inspeção, palpação, percussão e ausculta, através da ajuda de aparelhos específicos para tal procedimento. Este exame físico, ocorreu de forma tradicional, céfalo-caudal.

O diálogo aberto e informal não somente ocorreu com o idoso e familiar, mas também com os profissionais de saúde que cuidavam deste idoso.

A consulta ao prontuário do paciente foi importante porque tinha a finalidade também de buscar informações e dados que auxiliassem na identificação dos estressores, bem como a real situação de saúde-doença.

O instrumento da coleta de dados, ou seja o histórico de enfermagem foi organizado conforme segue:

Parte I - Dados de identificação:

Foram considerados dados de identificação do idoso: nome; sexo; data e local de nascimento; idade; endereço residencial; telefone para contato; data e motivo da admissão hospitalar; diagnóstico médico inicial e final; exames diagnósticos complementares alterados; medicação em uso; principais queixas; antecedentes patológicos familiares e pessoais. Outro dado de identificação correspondia à família do idoso, como: nome(s) do(s) responsável(s) e grau de parentesco. Havia ainda um espaço em branco para registro de quaisquer outras observações pertinente, não cabíveis nos itens anteriores. Eram coletados diretamente com o cliente idoso/familiar.

Segundo Brunner & Suddarth (1994,p.20) “a abordagem da enfermeira com o paciente vai ser o determinante principal da quantidade e qualidade das informações

recebidas. Para se conseguir uma relação de confiança e respeito mútuos, é necessário habilidade de demonstrar um interesse sincero pelo paciente”. Assim procurou-se deixar o ambiente do cliente idoso e de seu familiar, o mais à vontade possível, durante os diálogos e exame físico, mantendo-se sempre a privacidade. Procurou-se falar pouco e ouvir mais, ou seja, escutando com “ouvidos atentos”, cuidando, inclusive, para não colocar as palavras na boca dos idosos e familiares.

Parte II- Dados relativos às variáveis:

O levantamento dos dados do idoso e familiar era realizado com vista a agrupá-los nas variáveis: sócio-cultural e espiritual; biológica e de desenvolvimento; psicoafetiva e outras conforme o modelo de Neuman.

Este levantamento teve como principal objetivo identificar os estressores e os comportamentos de reações-respostas que comprometem a estabilidade das linhas de defesa do idoso e seu familiar.

No agrupamento de dados relativos às:

a) Variáveis sócio-econômica cultural e espiritual: foram incluídos aspectos importantes para a identificação dos possíveis estressores que, em dado momento, interferiam na integridade das linhas de defesa do idoso e familiar, obtendo um melhor entendimento das reações dos mesmos frente aos estressores, e cujos itens levantados foram: religião; raça; estado civil; números de filhos; grau de instrução; profissão anterior e atual; se reside em casa própria; com quem vive; renda familiar; relacionamento familiar; relacionamento dentro do hospital (profissionais/ colegas de quarto) e saber qual a sua expectativa para aquela internação.

b) Variáveis biológica e de desenvolvimento: foram incluídos itens para o levantamento de dados de condições do processo saúde/doença do idoso, no sentido de avaliar os diversos sistemas orgânicos, quanto a sua funcionalidade e os estressores que supostamente comprometem e/ou ocasionam disfuncionalidades.

As mudanças fisiológicas que acompanham o envelhecimento humano podem provocar deficiências funcionais em diversos órgãos corporais. A este curso normal de envelhecimento se agregam, freqüentemente, alterações disfuncionais que podem levar a uma ou várias enfermidades (OMS,1984).

A perda da autonomia na pessoa idosa constitui um estresse importante, porque provoca afastamento social e dependência de outrem. A autonomia corresponde à capacidade e ao direito de uma pessoa poder decidir por si mesma a sua conduta, a orientação de seus atos e os riscos que possam vir a ocorrer. É também a possibilidade de a pessoa realizar as principais atividades de sua vida diária ou quotidiana, sem ajuda (correspondente ao domínio físico, mental, social e econômico), bem como de adaptar-se ao meio ambiente (Benoist, 1985).

A avaliação da funcionalidade orgânica, em termos de grau de perda de autonomia para as atividades da vida diária, sejam elas atividades físicas ou instrumentais, torna-se essencial na identificação da magnitude do estresse para a busca de meios de sua minimização.

Para obter estes dados, foi então incluída aqui a escala de “OARS instrumental and physical activities of daily living scale”, citado em Filleenbaum, traduzido com adaptações para o nosso meio por Gonçalves (1996).

c) **Variável psicoafetiva:** foram incluídos itens para identificar os estressores que supostamente comprometem a integridade das linhas de defesa do ser humano/ idoso, quanto a relação psicoafetiva. Para tal, foi utilizada uma escala já testada em Cuba, por Triguero Veloz, et al (1994). Esta escala psicoafetiva tem a finalidade de medir qualitativamente a alteração emocional em geral e o grau de disfuncionalidade que ela determina. Para a sua construção, foram utilizados os critérios de juiz e validação contrastante com outros testes previamente validados, como: inventário de depressão de Beck e inventário do estado e tração de ansiedade de Spilberg (Triguero Veloz, et al, 1994), (Beck, 1961 apud Triguero, et al, 1994) (Spilberg, 1970 apud Triguero, et al, 1994).

Esta escala consta de oito itens que identificam: perda de energia; tristeza; pessimismo; idéias suicidas; tensão/ nervosismo; perda da auto confiança; irritabilidade e repercussão funcional do transtorno psíquico (Triguero Veloz et al, 1994).

Os problemas de saúde mental adquirem uma importância muito especial durante o envelhecimento. Os problemas psicoafetivos são fontes de temores e portanto de estresse, devido a concepções equivocadas sobre sua origem, tratamento, efeito de medicamentos, os quais podem produzir sobreposições e cronificação de disfuncionalidades psicoafetivas.

A depressão é uma das enfermidades estressoras mais comuns entre as pessoas idosas, na esfera psicoafetiva. Em sua forma mais benigna, pode não se manifestar, ou pode apresentar-se com formas atípicas como: insônia; perda/ganho de peso; transtorno de conduta; dores persistentes; consumo de álcool e medicamentos. Em alguns casos a depressão pode ser consequência do uso de medicamentos. Muitas vezes a depressão é confundida com um estado normal de tristeza. O quadro de depressão também está associado

com a solidão, a tristeza e a situação sócio-econômica. O potencial de depressão pode levar a idéias suicidas, nas pessoas de qualquer idade, principalmente nos idosos, necessitando então, de tratamento imediato. Este tratamento pode ser de forma afetiva, na qual, muitas vezes, a atuação multidisciplinar é imprescindível, e necessita contar que a colaboração de seus familiares, amigos e outras pessoas de seu convívio, é de extrema importância. Deve-se ter em conta que a maioria das depressões são tratáveis e reversíveis (OMS, 1984). Por isso é importante detectar, o mais precocemente possível, o transtorno psicoafetivo, para que seja tratado imediatamente, evitando-se assim, qualquer indicio de comprometimento também das atividades da vida diária.

d) Outras variáveis envolvidas: Reservou-se este espaço para registrar dados dos itens relativos a questão do resgate da cidadania do idoso e de seu familiar, bem como de comportamentos de defesa ou resistência, entendidos como mecanismos de sobrevivência no seu contexto político social, no qual o idoso/ familiar estão inseridos.

Os estressores, considerados político-sociais que os idosos enfrentam atualmente, são relacionados: à situação sócio-econômica precária; à marginalização social; à violação dos direitos de cidadania e à falta de uma política social comprometida que vá de encontro à real necessidade da população idosa.

3.2.2. Diagnóstico de enfermagem

De posse dos dados levantados no histórico de enfermagem, a etapa seguinte era o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem. Para tal os

dados foram analisados identificando, classificando e avaliando os estressores que supostamente estavam afetando a pessoa idosa e seu familiar. Os estressores apresentam-se de forma intrapessoal, interpessoal e extrapessoal, e se encontram em constante interação com o ambiente. Os estressores identificados, por sua vez, são associados às quatro variáveis destacadas por Neuman: sócio-econômica cultural e espiritual; biológica e de desenvolvimento; psicoafetiva (psicológica) e por mim incluída de uma variável, política, considerando o marco conceitual adotado, o qual pré condiciona o exercício da cidadania.

A partir da identificação dos estressores e sua associação às variáveis, escreve-se uma síntese que facilita a priorização das ações de enfermagem.

3.2.3. Planejamento e implementação de cuidados

Face ao diagnóstico de enfermagem estabelecido, a enfermeira identifica os estressores prioritários, no sentido da urgência de intervenção ou de cuidados de enfermagem. Vale ressaltar que, em todo o momento de identificação de prioridades, estabelecimento de metas (segundo Neuman) e planejamento de cuidados, o idoso e seu familiar participavam, ativamente, no estabelecimento de metas e objetivos a serem alcançados, planejando os cuidados para cada estressor ou grupo de estressores disfuncionais. As variações do bem-estar do idoso/familiar eram determinadas pela identificação e priorização dos estressores e, pelas ações hipotéticas que são postuladas para alcançar a estabilidade desejada do cliente, na tentativa de manter as linhas de defesa sólidas e flexíveis.

O planejamento e a sua implementação de cuidados tiveram em vista: reter, deter e manter a estabilidade do sistema do ser humano (idoso e

familiar), por meio de cuidados de enfermagem específicos de prevenção primária, secundária e terciária. O plano de cuidados e a sua implementação foram devidamente registrados em formulário próprio, a fim de sistematicamente, acompanhar, avaliando esse processo de cuidar.

3.2.4. Avaliação

Representa a última etapa do processo de enfermagem quando se dimensionou a reconstituição alcançada das linhas de defesa do idoso e familiar, frente aos cuidados de enfermagem implementados, em função dos estressores identificados e respectivas reações-respostas disfuncionais.

Esta etapa oportunizou o retorno constante às etapas anteriores, no sentido da retificação e/ou da atualização no atendimento de enfermagem às reais situações do cliente.

4. APRESENTAÇÃO DE UM CASO DE APLICAÇÃO PRÁTICA DO MARCO CONCEITUAL

Neste momento, apresento a implementação de um caso de aplicação do marco conceitual adotado, por meio do processo de enfermagem, que consta de todos os seus passos, estes sintetizados no modelo de diagrama de Betty Neuman.

Dos cinco pacientes acompanhados, um deles (**Sr. João e seus familiares**), foi escolhido para a apresentação integral do processo de enfermagem, por entender que o mesmo representaria os demais pela complexidade da situação de saúde/doença que apresentava. No entanto, considero oportuno uma apresentação individual sintética dos demais idosos e de seus familiares que também contribuíram, significativamente, para o desenvolvimento desta prática assistencial de enfermagem.

Sra. Regina, 67 anos, viúva, 6 filhos, evangélica, analfabeta, aposentada, profissão anterior de servente, independente para as atividades da vida diária, residente em Itajaí, permaneceu internada durante 10 dias, com o diagnóstico médico de insuficiência cardíaca congestiva (ICC), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e depressão. Reside próximo à sua filha (**Violeta**), porém, vive sozinha em sua casa. Uma das suas maiores preocupações é a solidão, a perda recente de seu marido e irmã, ocasionando possível alteração psicoafetiva sendo estimulada para que retorne a frequentar o Centro de Convivência do Idoso (CCI) em Itajaí/SC. Tem como cuidadora uma das filhas, (**Violeta**), que reside próxima à sua casa, e os demais filhos residem distantes ou em outro município. **Violeta** encontrava-se convalescendo de uma cirurgia de ooforectomia. Possuem um bom relacionamento familiar e suas condições sócio-econômicas são precárias. A **Sra. Regina** e seus familiares estiveram expostos à ação de vários estressores que comprometiam a integridade de suas linhas de

defesas. Entre eles, podemos citar; o fato de morar sozinha; a sua disfuncionalidade orgânica; não confiar no médico e, conseqüentemente, no tratamento realizado; dificuldade de administrar e organizar a casa, após a morte de seu esposo.

O **Sr. Afonso**, 73 anos, branco, viúvo por duas vezes, atualmente vive maritalmente com **Iracema** (62 anos, aposentada), 4 filhos, evangélico, analfabeto, etilista e tabagista no passado, aposentado, profissão anterior de carpinteiro, comunicativo, otimista, receptivo aos cuidados e orientações de enfermagem. Apresenta seqüelas de apoplexia isquêmica, limitando as suas atividades da vida diária. Residente em Itajaí/SC. Permaneceu internado por 5 dias, para procedimento cirúrgico de herniorrafia inguinal à esquerda (portador de hérnia inguinal há 20 anos), sendo esta, a sua primeira experiência hospitalar. Tinha também como diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e arritmia cardíaca. Condições sócio-econômicas e de habitação precárias. Reside com sua esposa (**Iracema**), enteada (**Iara**) e 5 netos (**filhos de Iara**), tendo como cuidadora principal a sua esposa (**Iracema**) e a filha (**Rosália**), filha esta que reside em outro bairro, vindo atender do pai eventualmente. **Rosália** apresentava crises de hipertensão arterial freqüentes, porém não seguia as orientações do tratamento médico. A esposa **Iracema** transparecia ser portadora de deficiência/retardo mental. O **Sr. Afonso** e seus familiares, durante esta prática assistencial, vivenciaram momentos de estresses que, constantemente, comprometiam a integridade de suas linhas de defesas, principalmente aqueles relacionados com a sua disfuncionalidade orgânica; violação de seus direitos na instituição hospitalar; relacionamento conflituoso com os seus familiares; situação sócio-econômica precária e necessidade de mudanças de hábitos pessoais.

Sr. Pedro, 75 anos, branco, casado (**Antônia**, 72 anos, aposentada), 9 filhos, católico, primeiro grau incompleto, aposentado, etilista e tabagista no passado, residente atualmente em Itajaí/SC, residia anteriormente em Indaial/SC. Permaneceu hospitalizado por 6 dias, com diagnóstico médico de acidente vascular cerebral isquêmico (AVC), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e doença bronco pulmonar obstrutiva crônica (DBPOC). Apresentou alteração psicoafetiva constantemente, ocasionando depressão, devido a sua nova situação de dependência familiar para as atividades da vida diária. No passado, possuía um temperamento autoritário e conservador com os familiares, algo que para ele estava sendo difícil de aceitar e resolver. Residia na casa de uma das filhas (**Ieda**), na qual esta abrigava duas filhas (**netas do Sr. Pedro**) e dois netos (**bisnetos do Sr. Pedro**), como também uma das irmãs, filha do Sr. Pedro (**Suzana**), que é portadora de deficiência física. A filha (**Ieda**) era separada e tinha como profissão e sustento da família, a costura, porém, com a situação atual do pai, (**Sr. Pedro**), que lhe tomava tempo para os cuidados, encontrava-se impossibilitada para essa tarefa, interferindo no orçamento familiar, já que as netas e a filha (**Suzana**) não contribuíam com o mesmo. Relacionamento intrafamiliar conflituoso, não resolvidos com os outros filhos. O **Sr. Pedro** e seus familiares apresentavam, constantemente, reações-respostas aos estressores identificados que, a cada momento, comprometiam a integridade de suas linhas de defesa. Reações-respostas que nem sempre se apresentaram de forma positiva, ocasionando a invasão dos estressores para o núcleo energético do sistema, como por exemplo: não aceitou a perda de autonomia/independência para as atividades da vida diária, devido a sua disfuncionalidade orgânica; mudança de cidade/residência e nos seus hábitos pessoais. O **Sr. Pedro** faleceu no dia 01/11/95, em visita á Indaial/ SC, após

ter visitado todos os seus parentes, filhos e de ter ido ao cemitério (dia das almas).

Sra. Ana, 71 anos, branca, viúva, católica, aposentada, possui 5 filhos, primeiro grau incompleto, independente para as atividades da vida diária, residente em Itajaí/SC. Permaneceu internada por 5 dias, com diagnóstico médico de colite ulcerativa e depressão. Tem história de hipertensão arterial sistêmica (HAS), porém rejeita o tratamento médico. Alega que o seu problema é ocasionado por um "*despacho de macumba*", feita para atingir sua filha (**Sônia**) e atingiu a ela (**Sra. Ana**). Reside em casa própria com condições sócio-econômicas e de habitação satisfatórias, a filha (**Sônia**) mora com ela, porém trabalha em período integral e a noite faz manicure em residências particulares. A **Sra. Ana** permanece a maior parte do tempo na casa de seus filhos casados. O relacionamento familiar é conflituoso, principalmente entre **Sônia** e **Sra. Ana**. A **Sra. Ana** e seu familiar apresentaram, durante esta prática assistencial, um grau de reconstituição favorável das suas linhas de defesas frente aos estressores identificados, exceto quanto à aceitação da etiologia de sua disfuncionalidade orgânica e quanto ao relacionamento com a filha cuidadora (**Sônia**), porém, neste último, ambas estão fazendo concessões para uma reaproximação.

Após esta rápida apresentação, segue a transcrição do processo de enfermagem completo junto ao paciente idoso (**Sr. João**) e seus familiares, começando pelo histórico de enfermagem.

FORMULÁRIO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

- Histórico de enfermagem.

Data do primeiro atendimento hospitalar: 22/07/96 - Hora: 15:00 (1º internação)
17/09/96 - Hora: 07:00 (2º internação)

Data do último atendimento hospitalar: 25/07/96 - Hora: 10:00 (1º internação)
24/09/96 - Hora: a tarde (2º internação)

PARTE I- Dados de identificação

Nome: Sr. João

Sexo: (x) masculino () feminino

Data de nascimento: 12/01/35 - **Idade:** 61 anos

Local de nascimento: Camboriú - SC

Endereço residencial: Itajaí - SC

Telefone(s) para contato: Do serviço da filha

Nome(s) do(s) responsável (s): Maria

Grau de parentesco: Filha

Endereço(s) telefone (s) do responsável (s): O mesmo

Data da admissão hospitalar: 15/07/96 - Hora: 14:00

Motivo: Mal estar geral; astenia; vômitos; emagrecimento; anorexia; dor abdominal; pirose e desmaios.

Diagnóstico médico inicial: Adenocarcinoma gástrico e cirrose hepática.

Diagnóstico médico final: Os mesmos, acrescentado a doença broncopulmonar obstrutiva crônica (DBPOC).

Exames complementares: Hemograma; glicemia; creatinina; bilirrubina direta e indireta, fosfatase alcalina e LDH, todos estes exames, apresentavam-se dentro dos parâmetros normais. Rx de abdome; endoscopia digestiva com biópsia e a tomografia computadorizada, confirmaram o diagnóstico de Adenocarcinoma gástrico invasivo e de cirrose hepática. Rx de tórax apresentou sinais de DBPOC, volume cardíaco normal e aorta alongada e ateromatosa. Eletro cardiograma, sem laudo médico, porém o traçado eletrocardiográfico encontrava-se normal.

Medicação em uso: Buscopan VO de 6/6 hs; plasil VO de 8/8 hs; aldomet 250 mg VO de 12/12 hs; diempax 5mg VO à noite e tramal 20 gt s VO de 8/8 hs. Esta medicação apresentou-se alterada, de forma constante, sendo utilizada dependendo da

... CONTINUAÇÃO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

necessidade do paciente. Quando o mesmo abandonou o tratamento médico por um mês, passou a utilizar os medicamentos receitados pelo médico espiritual.

Principais queixas do paciente para a internação: Dor abdominal; fraqueza; vômitos e anorexia.

Dados de antecedentes patológicos:

a) **Familiares:** Pai - Cardiopatia; pneumopatias e alcoolismo.
Mãe - Diabete Mellitus e câncer.

b) **Pessoais:** Etilista no passado, diz ter deixado a bebida há dois anos, no entanto, suas filhas não confirmam a informação; tabagista; apresentou há 2 anos, icterícia, porém nunca procurou saber a causa e há 7 anos, teve úlcera péptica diagnosticada pela endoscopia. Diz que, às vezes segue a recomendação médica, outras não.

Observação: Estes dados foram coletados diretamente do paciente idoso e validados com os seus familiares.

PARTE II- Dados relativos às variáveis:

2.1- Variável Sócio-econômica, cultural e espiritual

Religião: (x) Católica () Assembléia de Deus () Evangélica
() Outra: _____

Raça: (x) Branca () Negra () Outra: _____

Estado civil: () Solteiro () Casado () Viúvo
(x) Outro: Separado

Observação: Por duas vezes, o Sr. João foi viúvo, casando-se por mais duas vezes após a viuvez. Atualmente está separado, totalizando quatro casamentos.

Possui filhos: (x) Sim () Não - **Quantos?:** 09 filhos

Observação: Possui 3 filhos e 5 filhas do primeiro casamento, e uma filha do segundo casamento, que pouco contato tem com os demais. Dos outros casamentos não teve filhos.

Grau de instrução: (x) Analfabeto () Primeiro grau incompleto
() Primeiro grau completo () Segundo grau completo
() Segundo grau incompleto () Terceiro grau
() Outro: _____

... CONTINUAÇÃO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Profissão: (x) Aposentado - Trabalhou em quê?: *Borracheiro*
() Trabalha - Trabalha em quê?: _____

Mora em casa própria: () Sim (x) Não Caso a resposta seja negativa,
especificar: (x) Alugada - Quanto/mês?: R\$ 300,00
() Cedida por outros, quem? _____

Observação: *A irmã do Sr. João paga 50% do aluguel; os outros 50% são pagos pela filha casada (Nádia) que mora com ele.*

Com quem vive: *Com duas filhas, sendo que uma delas é casada e possui duas filhas menores (11 anos e 5 anos), a outra é a cuidadora do Sr. João (Rosa).*

O Sr. João diz que fica sozinho pela manhã com a neta menor, mas que agora está muito preocupado com as suas condições de saúde, achando que não tem mais condições de ficar sozinho em casa com ela. Não sabe como resolver esta situação, porque todas as suas filhas trabalham fora ou em suas casas.

Comentado com ele e seus familiares a possibilidade de a filha solteira (Rosa) permanecer em casa para cuidar do pai. A filha concordou, porém diz que tem algumas dívidas para serem pagas. Em vista disso, sugerido aos familiares que a mesma recebesse uma quantia mensal para as suas necessidades e que esta quantia seja dividida com os outros filhos, menos com a casada (Nádia) que mora com eles, porque esta já contribui com o orçamento doméstico.

A casa em que vive possui cômodos suficientes para todos os moradores. O Sr. João tem um quarto privativo, com pouca ventilação, é úmido; tem uma TV e rádio, como fonte de lazer.

O saneamento básico, calçamento da rua, iluminação e recolhimento de lixo são inadequados. O coletivo urbano não passa próximo à sua casa. Sugerido à organização de uma associação de moradores para reverter este quadro. Segundo eles, já foi tentado fundar esta organização, sem sucesso. Talvez, por ser este um ano político, tenham mais sorte.

Além destas condições, a residência é úmida e pouco arejada. Possui um quintal enorme onde o Sr. João organizou uma horta para plantar suas verduras e temperos. Diz ser esta a sua maior distração, mas que, no momento, sente-se incapaz de lidar com a terra.

De onde vem a renda familiar para viver: (alimentos, vestuário, medicamentos):
Da aposentadoria do paciente, dos salários da sua filha (Nádia) e genro (Luís), e do que a sua irmã (Teresa) ajuda, não tendo ajuda financeira de mais ninguém.

Como é o seu relacionamento familiar: *O seu relacionamento familiar (filhos/genros/noras e netos) segundo o paciente, não tem problemas. Porém, uma das filhas (Rosa) comentou que um dos seus irmãos mais novos está afastado de casa devido a um desentendimento com o pai. Relata que este irmão é alcoólatra e que não quer saber de trabalhar, nem para sustentar sua família. Isto incomoda muito o pai. Tentou comunicação com este filho, porém o mesmo apareceu somente após a morte do pai.*

... CONTINUAÇÃO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Outra situação é a filha do segundo casamento que se encontra afastada da família. Esta filha foi encontrada por Maria, que veio visitar o pai. As outras filhas (Maria, Nádia e Rosa) dizem que a irmã prometeu continuar frequentando as suas casas. O Sr. João comenta, com muita tristeza, que a mulher com quem vivia atualmente lhe abandonou, tomando tudo o que ele tinha. Segundo os familiares, ele possui casa própria, totalmente mobiliada, mas que esta mulher não sai da casa, dizendo que tem direitos a ela. Eles têm medo de tomar alguma atitude, e seu pai se entristecer mais do que já está. Dizem que vão esperar um pouco, para tomar uma atitude.

Como é o seu relacionamento no hospital:

Funcionários: Durante a primeira internação, na unidade clínica, não tiveram problema, ao contrário. No entanto, na segunda internação, na unidade cirúrgica, os familiares do Sr. João tiveram uma "indisposição" com a enfermeira chefe do setor, ocasionando vários transtornos.

Segundo os familiares, eles foram solicitar a chefia do setor autorização para entrar no hospital fora do horário estipulado pela instituição. Explicaram os motivos, quanto à questão da gravidade do problema do Sr. João, a dificuldade das filhas o visitarem naquele horário. Foi negado.

Os familiares solicitaram, então, que eu providenciasse esta autorização. Deixei um bilhete para a chefia, pois a mesma já havia saído do hospital. Mesmo assim, o pedido continuou a ser negado.

Recebendo o retorno negativo, procurei contato com a chefia geral de enfermagem, quando aproveitei a oportunidade para relatar o fato. Sem problemas, obtive a autorização. Porém, o Sr. João já se encontrava em estado grave na UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

No momento oportuno, conversei com a chefia do setor a fim de entender o motivo da negativa daquela solicitação. Segundo a chefia, os familiares apresentavam-se de forma incorreta no hospital. Questionei sobre isso, e ela comentou que as filhas, a todo momento, queriam saber notícias do pai; queriam trazer alimentos de casa; procuravam a todo instante contactar com o médico e que ela tinha medo que eles fizessem algo que viesse prejudicar o paciente.

Após ouvir a explanação da chefia, perguntei se ela sabia da gravidade da situação do Sr. João. Disse que não tinha se inteirado ainda de toda a situação. Procurei deixá-la a par da trajetória percorrida, relatando, com certeza, que se as filhas agiram dessa maneira foi por mera preocupação, e que elas nada fariam para prejudicar mais ainda o seu pai; nem mesmo tinham a intenção de interferir nas atividades do setor.

Infelizmente, o Sr. João teve uma queda do leito ao tentar ir ao banheiro sozinho, após várias tentativas de chamar alguém para ajudá-lo, deixando seus familiares revoltados e acreditando que a piora de seu quadro clínico deve-se aquela queda. Relataram também que, se a chefia tivesse dado a autorização, nada disso teria acontecido.

No entanto, foi dialogado com os familiares a fim de esclarecer que o quadro clínico atual nada tinha a ver com a queda. Ao contrário, a queda poderia ser indício que algo não ia bem.

... CONTINUAÇÃO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

A chefia do setor prontificou-se a acompanhar de perto a evolução do paciente, acompanhando-me à UTI para prestar informações à equipe, haja vista que, no prontuário clínico, nada havia sido relatado. Também conversou com os familiares, reconhecendo o seu julgamento precipitado.

Médico(s): O relacionamento do médico oncologista, durante a primeira internação, foi de muita amizade e coonestação. Entretanto, durante a segunda internação, com o médico- cirurgião, já não ocorreu de modo completo em termos de informações para o idoso e seus familiares. Observaram-se muitas informações no prontuário clínico, não condizentes com a realidade. Inclusive, com as informações verbais fornecidas pelos médicos. Até mesmo nós, profissionais da saúde, tínhamos dificuldade de entender o que estava acontecendo, pois as informações eram apenas daquilo que de fato estava sendo visto.

Por várias vezes acompanhei os familiares no diálogo médico, no qual as informações ainda, permaneciam nebulosas. Segundo o médico-cirurgião, o Sr. João demorou muito tempo para decidir operar, vindo já em estado clínico muito avançado. Diz também que, do ponto de vista cirúrgico, tudo o que era possível foi feito, foi realizado mesmo durante esta reoperação.

Os familiares questionaram a reoperação. O médico justificou que o Sr. João estava apresentando um quadro clínico pós-operatório favorável (05 dias pós operatório), agravando-se de forma repentina, sendo necessário averiguar o que estava ocorrendo efetivamente. Segundo o médico, havia várias perfurações pequenas na parede do estômago, ocasionadas talvez, pela pressão do tumor, e que através dessas perfurações, ocorreu o extravasamento de líquidos para a cavidade abdominal, levando ao quadro de abdômen agudo. Praticamente, o médico descartou a possibilidade de recuperação do Sr. João, devido a sua disfuncionalidade orgânica.

Outros: Durante quase todo o período da segunda internação do Sr. João, havia estagiários de Enfermagem em todas as unidades em período integral, exceto à noite, nos finais de semanas e feriados.

Qual a sua expectativa para esta internação: A expectativa para as duas internações era que se conseguisse recuperá-lo. No entanto, não foi totalmente possível, muitos obstáculos ocorreram durante esta caminhada.

O Sr. João veio a falecer na madrugada do dia 24/09/96, sozinho, em uma unidade de UTI.

Seus familiares, por muito tempo se questionaram sobre a decisão de não revelar o verdadeiro diagnóstico médico, achando que, se o pai soubesse teria tomado outras decisões quanto ao tratamento: talvez não tivesse abandonado o tratamento médico por dois meses; não tivesse protelado tanto a cirurgia e/ ou não tivesse procurado outros recursos, como a terapia espiritual. Ao ouvir isso de suas filhas(Maria, Nádia e Rosa), durante o velório do Sr. João, fiquei sensibilizada pela angústia e dúvida, que estavam.

... CONTINUAÇÃO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Procurei então, confortá-las da melhor forma possível, falando que tudo o que foi feito foi por amor, respeito e carinho ao seu pai, deixando a ele a decisão de sua vida. E, mesmo que elas não lhe tenham revelado o verdadeiro diagnóstico, certamente o Sr. João sabia o que tinha, mesmo não verbalizando. Semanas após (16/10/96), num encontro domiciliar que teve o objetivo de avaliar e repensar sobre toda a situação vivenciada por Sr. João, principalmente durante a segunda hospitalização, pude sentir e observar que seus familiares encontravam-se mais restabelecidos. Conheci o filho (Pelê) que estava distanciado da família. Aproveitei a visita para presentear-las com uma foto do Sr. João e suas netas tirada semanas antes de seu falecimento, a família emocionou-se e agradeceu a pequena lembrança, comentando que não possuíam nenhuma foto atualizada como recordação de seu pai.

2.2- Variável Biológica e de Desenvolvimento:

2.2.a - Exame físico:

Peso: 47 kg **Altura:** 1,65 m. - **Índice de massa corporal:** 17,93
BMI= kg/(alt. em metros)² (> 25 maior risco)

Sinais vitais: PA: 140 x 90 mmHg ; T: 36°C; R: 25 mrpm; P: 78 bcpm.

Observação: Os dados vitais tiveram várias oscilações, dependendo da situação do paciente, apresentado-se: dispnéico, taquipnéico, taquicárdico, hipotenso, hipertermia Após verificar estes dados, o genro do Sr. João (Luís) que morava com ele, solicitou que verificasse a sua pressão arterial, relatando que não estava se sentindo bem. Verifiquei que a pressão arterial, era de hipotensão convergente. Perguntei-lhe o que estava sentido. Luís sentia tontura, ansiedade, angústia inexplicada e tremores pelo corpo todo. Ao observá-lo melhor, detectei que sua pele se encontrava fria, a face rubra e taquicardico. Perguntei-lhe se já havia sentido estes sintomas anteriormente, Luís respondeu que algumas vezes sente isto, mas nunca procurou saber a causa, alegando que seja efeito da bebida (etilista), do fumo (tabagista) e das noites sem dormir (caminhoneiro). Orientei-o sobre esses males e que procurasse um médico para avaliar a sua situação. Recomendei-lhe que descansasse um pouco, após ter tomado um chá de ervas, feito por sua esposa (Nádia), que diz estar muito preocupada com a saúde dele. Luís aceitou as orientações e prometeu que tomará providências, como de fato o fez.

Os demais dados desta variável foi realizada somente com o idoso.

Cabeça: Tamanho normal; poucos cabelos; face emagrecida; face denotando cansaço e tristeza; olhos simétricos, tem dificuldade visual, não usa óculos; ouvido de tamanho normal, com presença de cerume, dentaduras, pouco frouxas; lábios finos com presença de pequenas lesões; nariz de tamanho normal, sem coriza.

Nível de consciência: Durante quase todo o momento de contato, apresentou-se

... CONTINUAÇÃO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

lúcido e orientado no tempo e no espaço. Com o agravamento do quadro clínico, sofreu alterações de consciência, variando entre sonolência e coma, isto na segunda internação.

Pescoco: Normais, sem evidência de nódulos ou qualquer outra lesão.

Tronco anterior: Tórax emagrecido, com arcos costais evidenciados; ausculta cardíaca normal; abdome endurecido à palpação, refere queixas de dor; ausculta abdominal com movimentos peristálticos hiperativos, principalmente no lado direito e hipoativo no lado esquerdo.

Tronco posterior: Discreta cifose; ausculta pulmonar com presença de ruídos e estertores.

Membros superiores: Emagrecidos; tônus muscular diminuído; pele ressequida e flácida; presença de equimoses e escalpe heparinizado no MSE; presença de glânglios axilares no lado esquerdo.

Membros inferiores: Emagrecidos; tônus muscular diminuído; pele ressequida e flácida; presença de varizes.

2.2.b- Sistemas:

Sistema cardiovascular: Tem história de hipertensão arterial.

Sistema respiratório: Rx de tórax constatou DBPOC, conferindo com a ausculta pulmonar, história de tabagismo e presença de tosse intermitente.

Sistema Nervoso: Considera-se muito agitado, ansioso e nervoso, mesmo que sua aparência seja de tranqüilidade.

Sistema Musculoesquelético: Tônus muscular diminuído; rigidez articular; dificuldades de locomoção rápida.

Sistema Gênitó - urinário: Não relata problemas gênito-urinário; também não foi observado nada que possa constatar o contrário.

Sistema gastrointestinal: Queixa constante de dor; náuseas; vômitos; pirose; diarreia; constipação e anorexia.

Sistema sensorial:

Audição: Perda da acuidade auditiva.

Visão: Perda da acuidade visual.

Paladar: Refere não sentir o sabor dos alimentos, devido aos seus problemas dispéptico.

Tato: Não refere problemas.

Olfato: Não relata problemas.

... CONTINUAÇÃO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Qual(s) a sua(s) principal(s) queixa(s): *As principais queixas do Sr João são todas estas relatadas anteriormente.*

2.2.c- Escala para avaliar o grau de dependência: (segundo OARS)

Data da verificação: *Estes dados foram verificados durante a visita domiciliar, entre os dias 31/07/96 à 08/09/96*

A) Atividades instrumentais da vida diária (AIVD): (Assinale o número em frente a resposta alternativa que mais se aplica à resposta do paciente).

a) **Sr.(a) usa o telefone:**

2 - Sem ajuda, tanto para procurar número na lista, tanto quanto para discar.

X 1 - Com uma certa ajuda (consegue atender chamados ou solicitar ajuda à telefonista para emergência, mas necessita de ajuda tanto para procurar número, quanto para discar).

0 - Ou é completamente incapaz de usar o telefone.

b) **O Sr.(a) vai a lugares distantes que exigem tomar condução:**

2 - Sem ajuda (viaja sozinho de ônibus, trem, metrô, táxi ou dirige seu próprio carro).

X 1 - Com alguma ajuda (necessita de alguém para ajudá-lo ou ir com ele na viagem).

0 -Ou não pode viajar, a menos que disponha de veículos especializados ou de arranjos emergenciais como ambulância.

Observação: *Antes se locomovia de bicicleta, hoje não consegue mais.*

c) **O Sr(a) faz compras de alimentos, roupas e de outras necessidades pessoais:**

2- Sem ajuda (incluindo o uso de transporte).

X 1- Com alguma ajuda (necessita de alguém que o acompanhe em todo o trajeto das compras).

0 - Ou, não poderia fazer compras de modo algum.

Observação: *A irmã leva a maioria dos mantimentos; do contrario, os seus filhos fazem.*

d) **O Sr(a) prepara a sua própria refeição:**

2- Sem ajuda (planeja e prepara a refeição por si só).

X 1- Com certa ajuda (consegue preparar alguma coisa, mas não a refeição toda).

0- Ou não consegue preparar a sua refeição de modo algum.

Observação: *Relata que nunca precisou preparar a sua refeição, acredita que faria apenas se tivesse ajuda de outros.*

... CONTINUAÇÃO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

e) O Sr(a) faz limpeza e arrumação da casa:

2 - Sem ajuda (faxina e arrumação).

1 - Com alguma ajuda (faz trabalhos leves mas necessita ajuda para trabalhos pesados).

X 0 - Ou, não consegue fazer trabalhos de casa de modo algum.

Observação: *Suas filhas e netas fazem.*

f) O Sr(a) toma os medicamentos prescritos:

2 - Sem ajuda (na identificação do nome do remédio, no seguimento correto da dose e horário).

X 1 - Com alguma ajuda (toma, se alguém preparar ou quando é lembrado(a) para tomar os remédios.

0 - Ou, não consegue tomar por si os remédios prescritos.

Observação: *As filhas orientam e atendem para que ele faça uso correto dos medicamentos.*

g) O Sr(a) lida com suas próprias finanças:

2 - Sem ajuda (assinar cheques, pagar contas, controlar saldo bancário, receber aposentadoria ou pensão).

X 1 - Com alguma ajuda (lida com dinheiro para as compras do dia-a-dia, mas necessita de ajuda para controle bancário e pagamento de contas maiores e/ou recebimento de aposentadoria ou pensão).

0 - Ou, não consegue mais lidar com suas finanças.

Observação: *Seus filhos o auxiliam.*

B) Atividades físicas da vida diária (AFVD): (Assinale o número em frente à resposta alternativa que mais se aplica à resposta do paciente).

a) O Sr(a) toma as refeições?

2 - Sem ajuda (capaz de tomar as refeições por si só).

X 1 - Com alguma ajuda (necessita de ajuda, como, por exemplo: cortar carne, descascar laranja).

0 - Ou, é incapaz completamente de alimentar-se, por si só.

Observação: *Devido à debilidade geral, necessita, constantemente, de auxílio para alimentar-se, principalmente no corte dos alimentos.*

b) O Sr(a) consegue vestir e tirar as roupas:

2 - Sem ajuda (apanhar as roupas e usá-las por si só).

X 1 - Com alguma ajuda.

0 - Ou, não consegue de modo algum apanhar as roupas e usá-las por si só.

Observação: *Sempre conseguiu, porém, ultimamente, estava necessitando de auxílio.*

... CONTINUAÇÃO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

c) O Sr(a) cuida de sua aparência como pentear-se e barbear-se (para homens):

2 - Sem ajuda.

X 1 - Com alguma ajuda.

0 - Ou, não pode cuidar-se por si só de sua aparência.

Observação: *Sempre conseguiu, porém ultimamente estava necessitando de auxílio.*

d) O Sr(a) locomove-se:

X 2 - Sem ajuda (exceto com bengala).

1 - Com alguma ajuda de 1 pessoa ou com o uso de andador ou muletas, etc..

0 - Ou, é completamente incapaz de locomover-se.

Observação: *Sempre muito devagar, mas nunca aceitou o auxílio de bengalas.*

e) O Sr(a) deita-se e levanta-se da cama:

2 - Sem qualquer ajuda ou apoio

X 1 - Com alguma ajuda (de pessoas ou suporte qualquer).

0 - Ou, o Sr(a) é totalmente dependente de alguém para levantar-se da cama.

Observação: *Apoiava-se sempre em algum móvel por perto.*

f) O Sr(a) toma banho em banheira ou chuveiro:

X 2 - Sem ajuda.

1 - Com alguma ajuda (necessita de ajuda para entrar no banheiro e sair dele ou um suporte especial durante o banho).

0 - Ou, é completamente incapaz de banhar-se por si só.

Observação: *Sempre conseguiu fazer sozinho, diz ter muito constrangimento.*

g) O Sr(a) já teve problemas em conseguir chegar em tempo no banheiro?

X 2 - Não.

1 - Sim.

0 - Usa sondagem vesical e/ ou colostomia.

Se **sim**, com frequência o Sr(a) se molha ou se borra (seja a noite ou dia)?

1 - Uma ou duas vezes por semana.

0 - Três ou mais vezes por semana.

Observação: *Sem problemas aparente.*

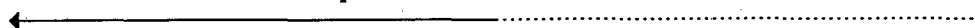
A pontuação se obtém pela somatória dos pontos correspondentes às respostas assinaladas. Quanto mais alta a pontuação, significa que o cliente é mais independente nas suas atividades da vida diária. E o inverso, o cliente é mais dependente.

... CONTINUAÇÃO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

a) Pontuação da Atividade Instrumental da Vida Diária (AIVD)

14 13 12 11 10 09 08 07 06 05 04 03 02 01

Independência



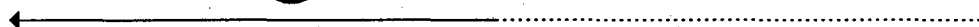
Dependência

(circule ou destaque a pontuação atingida pelo cliente na escala)

b) Pontuação da Atividade Física da Vida Diária (AFVD)

14 13 12 11 10 09 08 07 06 05 04 03 02 01

Independência



Dependência

(Circule ou destaque a pontuação atingida pelo cliente na escala)

Avaliação: O Sr. João apresentou a pontuação de 06 pontos para as AIVD e 10 pontos para as AFVD, significando que, a sua autonomia se encontrava em grau crescente de comprometimento, principalmente quanto às atividades instrumentais da sua vida diária. Confrontando este resultado com a história de sua evolução, observou-se que o paciente está submetido a cada dia a possibilidade de sofrer estresses de natureza intrapessoal e interpessoal na medida em que ele manifestava constrangimento e desconforto em ter que depender de outrem, ao mesmo tempo ele via interferência na vida normal de seus familiares cuidadores.

2.3 - Variável psicoafetiva:

Data de verificação: Estes dados foram verificados no dia 31/07/96.

... CONTINUAÇÃO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

ESCALA PSICOAFETIVA

INSTRUÇÕES DA TÉCNICA

Algumas perguntas sobre as dificuldades pelas quais atravessam as pessoas em algum momento da sua vida. A sinceridade com que forem respondidas ajudará a entender melhor o seu estado de saúde. Responda cada pergunta, se isto lhe acontece sempre, algumas vezes ou nunca.

1- Você se sente com menos energia com que normalmente você tem?

Sempre 1,0 Às vezes 0,5 Nunca 0,0

2- Você se sente triste ou melancólico?

Sempre 2,0 Às vezes 1,0 Nunca 0,0

3- Você sente que a sua vida está vazia?

Sempre 2,0 Às vezes 1,0 Nunca 0,0

4- Você tem pensado algumas vezes em suicidar-se?

Sempre 2,0 Às vezes 1,0 Nunca 0,0

5- Você se sente alterado ou nervoso, por coisas sem importância?

Sempre 1,0 Às vezes 0,5 Nunca 0,0

6- Você se sente sem confiança em si mesmo?

Sempre 1,0 Às vezes 0,5 Nunca 0,0

7- Você se irrita com muita facilidade?

Sempre 1,0 Às vezes 0,5 Nunca 0,0

8- Os seus problemas psíquicos atuais impedem de realizar o que você deseja?

Sempre 2,0 Às vezes 1,0 Nunca 0,0

Parâmetros de Classificação	Resultados
De 0 à 3 pontos = Sem alteração psicoafetiva	
De 4 à 8 pontos = Possível alteração psicoafetiva	<i>Possível alteração</i>
De 9 à 12 pontos = Com alteração psicoafetiva	

Avaliação: O Sr. João atingiu oito pontos nesta escala, significando que apresenta alguma alteração psicoafetiva, principalmente quanto aos itens relacionados com a depressão. Mesmo estando deprimido, em momento algum apresentou idéias suicidas, manifestando sempre desejo e vontade de viver, apesar da sua debilidade orgânica.

... CONTINUAÇÃO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

b.4. Outras variáveis envolvidas:

Vários foram os aspectos levantados nesta variável, em que alguns já foram comentadas em outras sessões. Seguem alguns outros destaques de estressores que mais se encontravam comprometendo as linhas de defesa do Sr. João e seus familiares.

- *Estressores relacionados às condições sócio-econômicas e às condições de habitação: o idoso possuía, como renda pessoal e familiar, a sua aposentadoria (INSS); a que sua irmã (Teresa) podia colaborar e da ajuda da filha (Nádia) e do genro (Luís), sendo que estes também tinham que sustentar sua família. A renda familiar não era suficiente para o atendimento das reais necessidades do idoso e da família, principalmente porque o gasto econômico com os medicamentos, procedimentos terapêuticos e alimentação eram significativos. A casa em que o idoso e seus familiares viviam era alugada e possuía problemas de infiltração d'água, tornando a casa úmida e fria, sem contar que a iluminação, saneamento básico, calçamento da rua, recolhimento de lixo, estavam fora dos padrões mínimos para garantir uma qualidade de vida condigna.*

- *Outros estressores presentes durante as hospitalizações se referiam sobretudo de natureza extrapessoais: em uma internação os seus familiares tiveram dificuldades de obter informações à respeito de sua real situação, dificultando e transtornando todo o processo de tratamento, sem contar que os familiares tiveram também, durante esta hospitalização, dificuldade de visitar o Sr. João fora do horário estabelecido pela Instituição, mesmo após argumentação necessária. Por este motivo, em inúmeras vezes suas filhas tiveram que faltar ou sair de seus empregos para realizar a visita hospitalar, dentro do horário estipulado. O estresse de seus familiares era intenso, porque além de terem que sair de seus empregos fora do horário, viviam constantemente em alerta e inseguros à respeito do prognóstico do Sr. João.*

- *Há a falta de programas sociais e de saúde locais voltados ao atendimento apropriado do idoso e seus familiares impedindo o encaminhamento dos mesmos para solução de problemas próprios.*

A seguir apresentam-se as demais etapas do processo de enfermagem inscritos em um formulário padrão o qual foi utilizado para esta prática assistencial.

FORMULÁRIO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

- Diagnóstico de enfermagem, planejamento e implementação dos cuidados, e avaliação.

Dados de identificação: Sr. João; masculino; 61 anos; branco; viúvo 2 vezes; atualmente separado; católico; analfabeto; aposentado; estilista, tabagista, trabalhou como borracheiro; possui 09 filhos (3 homens e 6 mulheres); reside em casa alugada em Itajai/SC; mora com duas de suas filhas (Nádia e Rosa), o genro (Luís) e duas netas.

Diagnóstico médico: Adenocarcinoma gástrico - **Data da admissão:** 15/07/96 - **Data da alta:** 25/07/96*
 DBPOC e Cirrose hepática 17/08/96 (Óbito) 24/09/96**

Data do Primeiro contato no hospital: 22/07/96 **Data do primeiro contato no domicílio:** 31/07/96 (foram realizadas 06 visitas domiciliares)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			PLANEJAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO	AVALIAÇÃO
ESTRESSORES	VARIÁVEL ENVOLVIDA	SÍNTESE	DOS CUIDADOS	
<p>1. Extrapessoais:</p> <p><i>Hospitalização por 2 vezes (dificuldade ao acesso no hospital, fora do horário de visitas; familiares ausentam-se de seus empregos, fora do horário previsto para visitar o pai; falta de informações dos familiares sobre o mesmo; assistência deficitária; medo de não ser atendido pelos médicos; prontuário com dados pouco esclarecedores; deprimido pela internação e procedimentos invasivos; ruídos ambientais).</i></p>	<p><i>Sócio-econômica, cultural e espiritual</i></p> <p><i>Psicoafetiva</i></p> <p><i>Política</i></p> <p><i>Biológica e de desenvolvimento.</i></p>	<p><i>Inadequação do atendimento hospitalar.</i></p> <p><i>Violação dos direitos do idoso e seus familiares, na Instituição hospitalar</i></p>	<p><i>Conseguir, junto à chefia do setor, autorização aos familiares para acesso ao hospital fora do horário estipulado pela instituição, a fim de restabelecer as linhas de defesas.</i></p> <p><i>Dialogar com o(s) médico(s) assistente(s) sobre as condições de saúde e tratamento do Sr. João, juntamente com os familiares, esclarecendo os dados do prontuário do paciente.</i></p>	<p><i>Durante à primeira internação a autorização foi concedida (unidade clínica médica I)</i></p> <p><i>Já, na segunda internação, não foi concedida pela chefia do setor, conseguindo, posteriormente, com a chefia geral do hospital, após muitas explicações, ocorrendo a reconstituição destes estressores nas linhas de defesa.</i></p> <p><i>Houve conversação do(s) médicos(s), e com os familiares do paciente, os quais procuraram esclarecer os dados do prontuário, ocorrendo a reconstituição das linhas de defesa.</i></p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			PLANEJAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO	AVALIAÇÃO
ESTRESSORES	VARIÁVEL ENVOLVIDA	SÍNTESE	DOS CUIDADOS	
<p><u>Condições de Moradia</u> (Mora com duas filhas, uma delas casada, mãe de mais de dois filhos menores; residência alugada; pouco arejada e úmida; saneamento básico, iluminação pública, coleta de</p>	<p>. Sócio-econômica e cultural . Política . Psicoafetiva . Biológica e de desenvolvimento.</p>	<p>. Condições de habitação inadequadas.</p>	<p>. Proporcionar cuidados integrais ao Sr. João, alcançando, assim, a estabilidade do sistema do cliente.</p> <p>. Conseguir com as supervisoras de estágios, que atendam o Sr. João, juntamente com os acadêmicos de enfermagem.</p> <p>. Manter um diálogo com o Sr. João e seus familiares a respeito de seus temores, deixando claro os seus direitos de paciente e de cidadão em ser atendido nos serviços de saúde a qualquer momento que for necessário.</p> <p>. Ouvir o Sr. João e familiares sobre os seus temores, tranquilizando-os a respeito da assistência prestada.</p> <p>. Conseguir e proporcionar ambiente livre de odores e ruídos, mantendo a estabilidade do cliente.</p> <p>. Estimular e conseguir com os familiares a possibilidade de melhorarem as suas condições de moradias.</p>	<p>. Os funcionários passaram a cuidar mais da assistência de modo global, favorecendo o fortalecimento das linhas de defesa.</p> <p>. Os acadêmicos de enfermagem prestaram assistência de enfermagem, tanto nas unidades cirúrgicas, quanto na Unidade de Terapia Intensiva, durante os dois períodos (M - T), favorecendo a reconstituição e o fortalecimento das linhas de defesa.</p> <p>. O Sr. João e familiares ficaram mais tranquilos (ocorrendo a reconstituição) e confiantes no tratamento proposto.</p> <p>. A reconstituição destes estressores foi positiva, os ruídos e odores do ambiente melhoraram.</p> <p>. Os familiares providenciaram uma melhor ventilação em toda a casa.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			PLANEJAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS	AVALIAÇÃO
ESTRESSORES	VARIÁVEL ENVOLVIDA	SÍNTESE		
<p>lixo, calçamento da rua e coletivo urbano inadequado).</p> <p><u>Situação Sócio-econômica precária.</u> (Renda familiar é adquirida pela aposentadoria (INSS), pela contribuição da irmã (Tereza) e pelos salários da filha e genro (Nádia e Luís)</p> <p>2. Interpessoais</p> <p><u>Dificuldade de diálogo e relacionamento com a chefia do setor, durante a segunda hospitalização</u></p>	<p>. Sócio-econômica e cultural</p> <p>. Política.</p> <p>. Psicoafetiva.</p> <p>. Biológica e de desenvolvimento.</p> <p>. Psicoafetiva.</p> <p>. Sócio-econômica, cultural e espiritual.</p> <p>. Política.</p>	<p>. Situação sócio-econômica precária.</p> <p>. Relações conflituosas entre a chefia da unidade cirúrgica, o idoso e familiares.</p>	<p>. Discutir com os familiares a possibilidade de conseguir com os outros moradores a implementação de uma "associação de moradores", a fim de reivindicar os seus direitos de cidadão, quanto às condições de habitação do bairro.</p> <p>. Negociar com os familiares a possibilidade da filha solteira (Rosa) ficar em casa atendendo o Sr. João, enquanto a outra filha (Nádia) e seu marido (Luís) trabalham, conseguindo, inclusive, o pagamento mensal a esta filha (Rosa).</p> <p>. Discutir, juntamente com os familiares, a possibilidade de contribuírem para o sustento do pai, não deixando esta responsabilidade apenas para a irmã do Sr. João (Tereza), a filha (Nádia) e o genro (Luís) que moram com ele.</p> <p>. Orientar o Sr. João e familiares que busquem os recursos da sua comunidade, utilizando mais o posto de saúde de seu bairro para conseguir, principalmente, os medicamentos necessários.</p> <p>. Ouvir o Sr. João, familiares e a chefia do setor a fim de, compreender o motivo deste desentendimento e/ou mal entendido.</p> <p>. Proporcionar momentos de aproximação e entendimento entre estes e entendimento entre eles, esclarecendo, principalmente à chefia do setor toda a trajetória do Sr. João, para que,</p>	<p>Estão se mobilizando e confiantes com esta associação, por ser um ano político, porém ainda não se alcançou esta constituição das linhas de defesa.</p> <p>. A família fez concessões a este respeito, sendo que a filha (Rosa) permaneceu em casa atendendo o pai e as sobrinhas. Os demais irmãos concordaram em dividir o pagamento mensal de Rosa, havendo a reconstituição positiva na linhas de defesa para estes estressores.</p> <p>. A família passou a utilizar mais o posto de saúde, conseguindo os medicamentos anti-hipertensivo do Sr. João e de seu genro (Luís).</p> <p>. A chefia reconheceu que foi precipitada no seu julgamento, tendo a iniciativa de se redimir frente aos mesmos. Os familiares aceitaram as suas explicações.</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			PLANEJAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO	AVALIAÇÃO
ESTRESSORES	VARIÁVEL ENVOLVIDA	SÍNTESE	DOS CUIDADOS	
<p>. <u>Relacionamento conflituoso com a companheira.</u> (a mesma tomou posse da casa, dos móveis e utilidades domésticas do Sr. João).</p> <p>. <u>Relações conflituosas passadas com os filhos, não resolvidas.</u> (filho Pelé, casado, possui filhos, é alcoólatra e não trabalha). (A outra filha do segundo casamento não visita a família há anos).</p> <p>. <u>Familiares não consentem a revelação do diagnóstico médico de adenocarcinoma gástrico</u></p>	<p>. Sócio-econômica-cultural e espiritual . Psicoafetiva . Política</p> <p>. Sócio cultural e espiritual . Psicoafetiva . Política</p> <p>. Sócio cultural e espiritual . Biológica e de desenvolvimento . Psicoafetiva</p>	<p>. Conflito conjugal.</p> <p>. Conflito entre pai e filhos.</p> <p>. Desconhecimento do diagnóstico por parte do paciente.</p>	<p>juntos, alcancem fortalecimento de suas linhas de defesas.</p> <p>. Ouvir o Sr. João e familiares sobre o que eles sentem e pensam desta situação, sem fazer julgamento.</p> <p>. Procurar aproximar os mesmos, na tentativa de promover o diálogo favorável para esclarecer esta situação, fortalecendo, com isto, as suas linhas de defesa.</p> <p>. Dialogar com o Sr. João e familiares, sobre os seus direitos e que procurem o órgão competente para resgatar o que é seu de direito.</p> <p>. Conversar com os familiares (Maria, Nádia, Rosa e Luís) a possibilidade de entrar em contato com os irmãos, no sentido de informá-los a respeito da situação de saúde de seu pai.</p> <p>. Proporcionar uma aproximação dos mesmos, na tentativa de promover um diálogo favorável para o restabelecimento das suas linhas de defesa.</p> <p>. Procurar saber até onde o Sr. João sabe sobre o seu processo saúde/doença.</p>	<p>. Não houve a reconstituição das linhas de defesa, quanto à estes estressores. Porque, a sua companheira recusou-se a dialogar, porém notou-se uma disposição positiva de seus familiares em resolver a situação.</p> <p>. Contactou-se com os filhos, no entanto o filho (Pelé) não atendeu o chamado, vindo somente após à morte do pai. Já a outra filha atendeu a solicitação das irmãs e comprometeu-se de continuar em contato com as mesmas. Entendendo que a reconstituição das linhas de defesa quanto a este estressor, ocorreu satisfatoriamente, não tendo tempo (óbito) de reavaliar o planejamento de enfermagem.</p> <p>. O paciente continuou desconhecendo o diagnóstico médico. Afirmava ser úlcera péptica. Entretanto, às vezes parecia entender o que se</p>

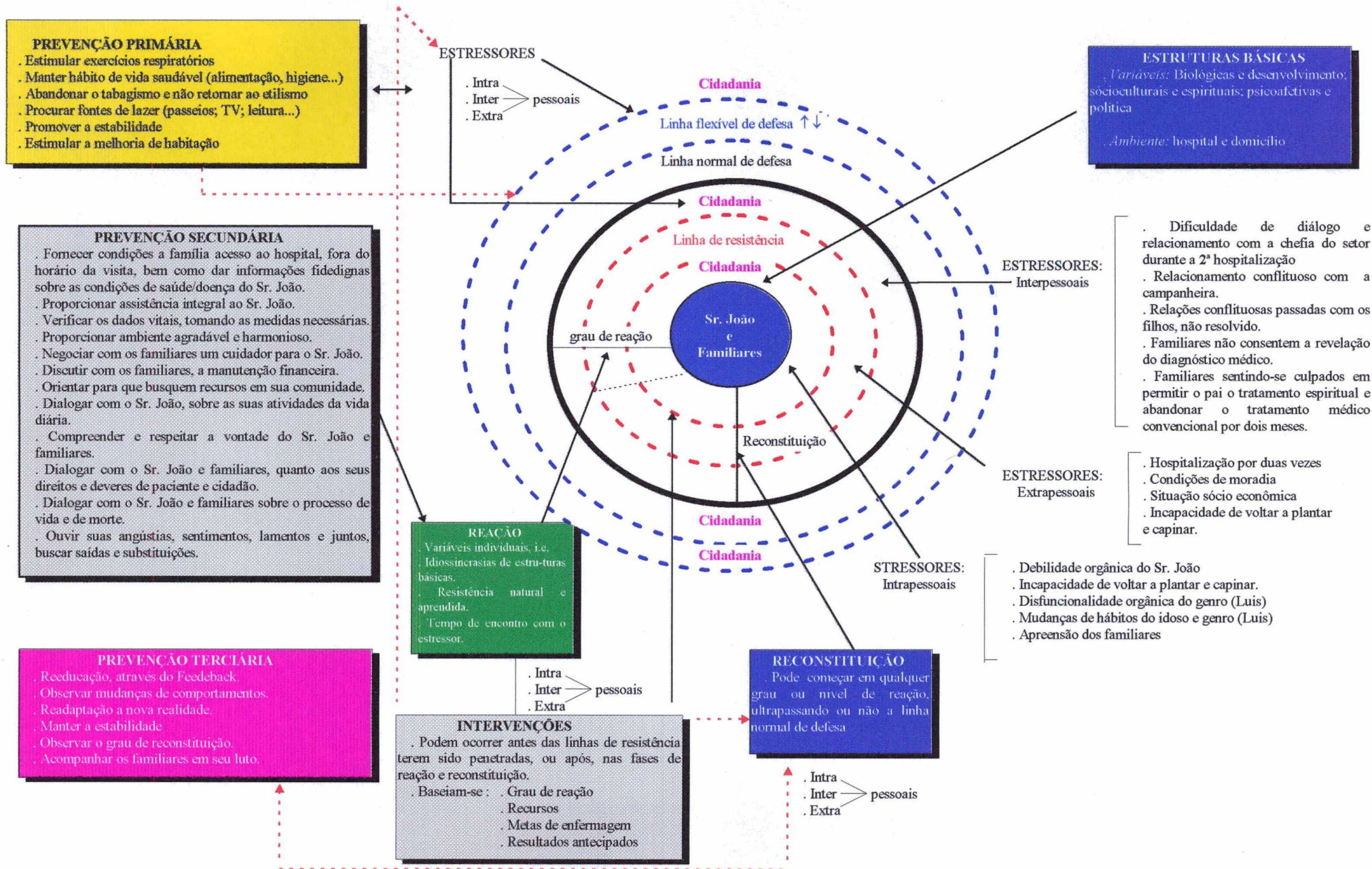
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			PLANEJAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS	AVALIAÇÃO
ESTRESSORES	VARIÁVEL ENVOLVIDA	SÍNTESE		
<p>(Sr. João desconhece seu principal diagnóstico médico; pensa estar sofrendo de úlcera péptica)</p> <p><u>Abandonou o tratamento clínico convencional, por dois meses.</u> (Uso de outras terapias; fez tratamento espiritual; com cirurgia espiritual, "garrafada" e medicamentos)</p> <p>3. Intrapessoais:</p> <p><u>Incapacidade de voltar a capinar e a plantar verduras/temperos.</u> (fraqueza muscular e debilidade orgânica).</p> <p><u>Disfuncionalidade orgânica do Sr. João.</u> (grau crescente de compro-</p>	<p>Política</p> <p>Sócio-cultural e espiritual</p> <p>Biológica e de desenvolvimento</p> <p>Psicoafetiva</p> <p>Política</p> <p>Biológica e de desenvolvimento</p> <p>Psicoafetiva.</p> <p>Biológica e de desenvolvimento</p> <p>Sócio-econômica, cultural e</p>	<p>Familiares sentindo-se culpados em permitir ao pai o tratamento espiritual e de suspender o tratamento médico convencional por dois meses.</p> <p>Dificuldade de realizar atividades físicas.</p> <p>Perda gradativa da autonomia</p>	<p>Ouvir e discutir com os familiares a respeito de sua decisão de não revelar o diagnóstico ao seu pai,, e encontrar um conjunto de condutas razoáveis para reconstituir e/ou fortalecer as suas linhas de defesa.</p> <p>Compreender o momento por que passa o paciente e seus familiares na busca de outras terapias, para o alcance do fortalecimento de ou/ reconstituição das suas linhas de defesa.</p> <p>Solicitar aos familiares que cuidem da horta do Sr. João, enquanto o mesmo estiver impossibilitado de fazê-lo, favorecendo assim, o alcance do fortalecimento de suas linhas de defesa.</p> <p>Conversar com o Sr. João que, na medida do possível, e assim que se sentir mais fortalecido, poderá voltar às suas atividades diárias.</p> <p>Proporcionar condições de alimentação e hidratação adequada para as suas condições de saúde, mantendo a estabilidade do Sr. João</p>	<p>passava ou suspeitava de algo, porém nunca verbalizou. A decisão da família foi compreendida pela enfermagem e médicos, ocorrendo a manutenção das linhas de defesas.</p> <p>O Sr. João encontrou provisoriamente, na terapia espiritual, ânimo e esperança de vida, ocorrendo a reconstituição de suas linhas de defesa por um mês, tendo que retornar ao tratamento médico convencional devido o agravamento dos sintomas.</p> <p>A família aceitou a proposta, porém o Sr. João não conseguiu reconstituir as suas linhas de defesa, não voltando mais a exercer estas atividades.</p> <p>Houve compreensão e aceitação de mudanças em seus hábitos alimentares, favorecendo a reconstituição</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			PLANEJAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO	AVALIAÇÃO
ESTRESSORES	VARIÁVEL ENVOLVIDA	SÍNTESE	DOS CUIDADOS	
<p>metimento para as atividades da vida diária; cirrose hepática DBPOC e adenocarcinoma gástrico; diarreia; cólicas abdominais; vômitos; anorexia; inapetência; febre; dispnéia; tosse produtiva; hipertenso; quadro infeccioso; grau de autonomia comprometida; gastrectomia parcial; abdome endurecido e globoso; PVC diminuída; taquipnéico; sonolento; confuso; taquicárdico; desmaio; coma).</p>	<p>espiritual . Psicoafetiva . Política</p>	<p>. Socialização diminuída, devido a sua disfuncionalidade orgânica.</p> <p>. Adenocarcinoma gástrico.</p> <p>. Cirrose hepática.</p> <p>. Hipertensão arterial.</p> <p>. Gastrectomia parcial (na segunda hospitalização)</p> <p>. Quadro de abdome agudo. (na segunda hospitalização)</p>	<p>. Proporcionar condições para a manutenção da higiene e conforto corporal.</p> <p>. Monitorizar com frequência os seus dados vitais: PA, P, R, T, mantendo a estabilidade do cliente.</p> <p>. Conversar sobre o tratamento da sua hipertensão arterial e seus cuidados, afim de conseguir o fortalecimento das linhas de defesas.</p> <p>. Proporcionar condições de bem-estar durante a hospitalização; solicitar aos seus familiares que lhe proporcionem um ambiente de tranquilidade e harmonia, favorecendo o fortalecimento de suas linhas de defesa.</p> <p>. Realizar os cuidados de enfermagem necessários para: SNG; PVC; sonda vesical; monitorização cardíaca; fluidoterapia; entre outros ..., para manter a estabilidade do cliente.</p> <p>. Mostrar alguns exercícios respiratórios como: luvas e balão, e solicitar a visita do fisioterapeuta respiratório, do hospital.</p> <p>. Realizar curativos na incisão cirúrgica e drenos de penrose, proporcionando a reconstrução dos tecidos</p>	<p>para estes estressores, bem como para os cuidados de higiene corporal</p> <p>. Os dados vitais mantiveram-se, a princípio, em equilíbrio, no entanto, após o agravamento do quadro clínico infeccioso do idoso, as suas linhas de defesa não mais conseguiram reter o estressor, alcançando a estrutura energética do idoso.</p> <p>. Por um tempo, o Sr. João apresentou-se em condições de reconstrução e equilíbrio de suas linhas de defesa, no entanto, com o agravamento do quadro clínico no pós-operatório, ocorreu o comprometimento da integridade destas linhas.</p> <p>. Melhorou significativamente de sua tosse e dispnéia, principalmente após a realização da cinesioterapia respiratória, reconstruindo as suas linhas de defesa para estes estressores.</p> <p>. Na incisão cirúrgica e nos locais dos drenos de penrose, ocorreu a reconstrução através da</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			PLANEJAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO	AVALIAÇÃO
ESTRESSORES	VARIÁVEL ENVOLVIDA	SÍNTESE	DOS CUIDADOS	
			<p><i>.Avaliar constantemente o nível de consciência, a fim de observar a gravidade da situação e de alcançar o fortalecimento das suas linhas de defesa.</i></p> <p><i>. Explicar aos médicos intensivistas sobre a trajetória do Sr. João para que possam decidir na conduta clínica com mais eficiência e rapidez, alcançando, assim, a reconstituição e o fortalecimento das linhas de defesa.</i></p> <p><i>. Observar, no prontuário, resultados bioquímicos, a fim de observar as condições de saúde/doença, bem como intervir em caso de necessidade para o fortalecimento e/ou reconstituição das linhas de defesa.</i></p> <p><i>. Contactuar com o cirurgião responsável pelo tratamento do Sr. João, a fim de obter melhores informações sobre a situação de saúde/doença do mesmo.</i></p>	<p><i>. cicatrização dos tecidos.</i></p> <p><i>. A princípio, o Sr. João não apresentou comprometimento de suas linhas de defesa quanto a este estressor, porém, com o agravamento do quadro infeccioso, estas linhas se encontravam constantemente comprometidas, havendo a ruptura da linha de resistência, a qual levou o Sr. João a apresentar alteração significativa do nível de consciência, oscilando entre a sonolência, coma e morte.</i></p> <p><i>. Os médicos não tinham conhecimento do diagnóstico do Sr. João, até este momento. No prontuário do idoso, os dados eram poucos esclarecedores, ocasionado dúvidas e inseguranças quanto ao diagnóstico, tratamento e prognóstico clínico. Somente com os resultados bioquímicos, com a sintomatologia apresentada pelo cliente e após contato com o cirurgião, os médicos intensivistas obtiveram a certeza do diagnóstico (quadro de abdome agudo). Observou-se que durante todo este procedimento as linhas de defesas do idoso e seus familiares estavam comprometidas, quanto a sua integridade, e conseqüentemente susceptível à invasão de estressores.</i></p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			PLANEJAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS	AVALIAÇÃO
ESTRESSORES	VARIÁVEL ENVOLVIDA	SÍNTESE		
<p><i>. Mudanças de hábitos (Tabagismo e etilismo)</i></p>	<p><i>. Sócio cultural e espiritual . Biológica e de desenvolvimento . Psicoafetiva . Política.</i></p>	<p><i>. Ameaça no seu cotidiano.</i></p>	<p><i>. Dialogar com o Sr. João e familiares, colocando-os a par das possíveis conseqüências, advindas do abandono da terapia médica, a fim de reter a estabilidade do mesmo.</i></p> <p><i>. Esclarecer e educar a respeito da necessidade de mudanças de comportamento de saúde, relacionados a certos vícios (fumo/álcool), bem como explicar que a não mudança de comportamentos de saúde, implica em assumir riscos das conseqüências. Estes riscos podem comprometer a integridade das suas linhas de defesa.</i></p> <p><i>. Esclarecer o paciente sobre o comportamento de ira e revolta e discutir os possíveis comportamentos de ajuda de seus cuidadores, para o fortalecimento de suas linhas de defesa.</i></p> <p><i>. Esclarecer e orientar os familiares quanto às dificuldades, bem como esforços necessários na mudança de comportamento de saúde, mantendo a estabilidade dos mesmos.</i></p>	<p><i>. Observou-se a reconstituição deste estressor, pelo nível de compreensão demonstrada pelo Sr. João e seus familiares, principalmente o genro (Luís).</i></p>
<p><i>. Disfuncionalidade orgânica do genro (Luís). (Etilista, tabagista. Apresentou mal estar, tonturas, tremores pelo corpo todo, hipotensão arterial convergente, taquicárdico, pele fria, face</i></p>	<p><i>. Psicoafetiva . Sócio-econômica, cultural e espiritual . Biológica e de desenvolvimento . Política</i></p>	<p><i>. Hipotensão arterial do tipo convergente.</i></p> <p><i>. Esgotamento físico e emocional.</i></p>	<p><i>. Esclarecer as conseqüências orgânicas desta disfuncionalidade.</i></p> <p><i>. Verificar os dados vitais, afim de avaliá-los e manter sobre controle, preservando a integridade das linhas de defesa.</i></p>	<p><i>. O genro (Luís) ficou muito preocupado com a sua situação de saúde. Procurou recursos médicos para saber a causa e fazer o tratamento adequado. A reconstituição das linhas de defesa de Luís foi positiva, haja vista que o mesmo</i></p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			PLANEJAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO	AVALIAÇÃO
ESTRESSORES	VARIÁVEL ENVOLVIDA	SÍNTESE	DOS CUIDADOS	
<p><i>rubra. É caminhoneiro)</i></p> <p><u>Depressão</u> (apatia; tristeza; emotivo; cansado; melancólico; desanimado; medo de morrer sozinho no hospital).</p> <p><u>Apreensão dos familiares</u> (Complicação pós operatória, Sr. João internado na UTI)</p>	<p>· Psicoafetiva</p> <p>· Sócio-econômica, cultural e espiritual</p> <p>· Biológica e de desenvolvimento</p> <p>· Política</p>	<p>· Alteração psicoafetiva.</p> <p>· Desejo dos familiares em permanecer na UTI, junto ao pai.</p>	<p>· Dialogar com Luís sobre a importância de se fazer repouso mínimo a cada dia; esforçar-se para reduzir os vícios (álcool/fumo) e de adquirir hábitos de vida saudável.</p> <p>· Esclarecer sobre a importância do controle periódico de saúde para conhecer a causa e o tratamento adequado, bem como para manter a sua saúde controlada.</p> <p>· Ouvir do paciente e familiares suas angústias, sentimentos, lamentos, e buscar juntos saídas, solução, apoio..., fortalecendo e reconstituindo as sua linhas de defesa.</p> <p>· Compartilhar a dor, o medo, procurar proporcionar apoio possível e encontrar, juntos, meios de amenizá-los, mantendo a estabilidade dos mesmos.</p> <p>· Proporcionar momento de reencontro espiritual, a fim de reconstituir e fortalecer as suas linhas de defesa protegendo assim, a estrutura energética do idoso.</p>	<p><i>conseguiu conciliar o tratamento com as exigências de sua profissão de caminhoneiro.</i></p> <p>· O Sr. João apresentou ora melhora dos sinais depressivos, ora piora. O medo da morte estava vinculado constantemente com o seu quadro clínico. Continuou a não verbalizar seu diagnóstico médico, nem questionou sobre a sua situação, não dando abertura para uma discussão mais livre e aberta. Veio a falecer sozinho, sem seus familiares, no dia 24/09/96, às 04:00 horas da madrugada, na UTI, após o agravamento clínico pós-operatório de gastrectomia, porque a permissão da permanência dos familiares, na sala de espera, ia até as 24 horas.</p>



SÍNTESE DA PRÁTICA ASSISTENCIAL JUNTO AO Sr. JOÃO E SEUS FAMILIARES, REPRESENTADA NO MODELO DE DIAGRAMA DE BETTY NEUMAN, por Juliana V. de Araujo Sandri, mestranda do curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da UFSC.

5. AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL

A avaliação foi feita, conceito por conceito incluído no marco conceitual adotado, valendo-se dos dados emergidos da sua aplicação na prática, por meio do processo de enfermagem e cujas fases e procedimentos, bem como um exemplo de aplicação na íntegra, já foram apresentados nos capítulos anteriores.

Ao avaliar os conceitos envolvidos: **ser humano idoso e seu familiar; ambiente; enfermagem; saúde/bem-estar - doença; e cidadania**, cada conceito foi analisado enfocando: 1- a pertinência da definição do conceito apresentado no marco conceitual, com a prática observada, destacando alguns exemplos; 2- a comparação e corroboração dos achados da prática com a diversas literaturas específicas da área gerontológica.

• SER HUMANO IDOSO E SEU FAMILIAR

Durante a realização deste estudo, tive a oportunidade de conviver com vários seres humanos, sendo que cada um apresentava peculiaridades próprias e individuais.: **Sr. João e seus familiares:** Maria, Nádia, Rosa, Pelé (filhos), Luís (genro), Teresa (irmã) e netas; **Sra. Regina e seu familiar:** Violeta (filha); **Sr. Afonso e seus familiares:** Iracema (esposa), Rosáha (filha), Iara (enteada) e netos (filhos da enteada); **Sra. Ana e seu familiar:** Sônia (filha) e o **Sr. Pedro e seus familiares:** Antônia (esposa), Ieda, Suzana (filhas) e netas/bisnetos. É oportuno colocar que procurei estar com eles no enfrentamento de seus desequilíbrios, no processo saúde/doença.

Percebi o ser humano idoso fragilizado e seu familiar, cada qual como uma “pessoa total”, multidimensional, única, vista num sistema aberto em interface com o ambiente e, portanto, com características peculiares, enfrentando diversas situações de saúde/doença que ocasionavam ou levavam ao estresse. Estas situações eram expressas, muitas vezes, como reações de angústia, de temores, de ansiedade, de tristeza, de dúvidas, de incertezas, de inseguranças. Outras vezes, elas eram demonstradas com sentimentos de alegria, com sorriso nos lábios e esperança no olhar. Cada ser humano idoso fragilizado ou seu familiar demonstrava, de modo muito pessoal e peculiar, estas reações, as quais dependiam da consistência e da integridade de suas linhas de defesa apresentadas naquele momento de contato com o estressor. Exemplo disto são:

.....Apresentava-se choroso, emotivo ao falar da sua atual situação e ao lembrar-se de seus familiares (Sr. Pedro).

..... Expressão facial tensa, olhar inseguro, apreensivo e distante, ao falar de sua situação (Sr. João).

..... Recebeu-me com alegria e euforia em sua casa (Sra. Regina).

..... Comunicativa, alegre e sorridente (Sra. Ana).

..... Nervoso, semblante preocupado devido à alteração de sua pressão arterial (Luís).

..... Assustado, angustiado, mas, ao mesmo tempo, esperançoso pela sua recuperação (Sr. Afonso).

..... Preocupados, angustiados e ansiosos por notícias do pai (Maria, Rosa e Nádia).

..... Despreocupação pelas condições de saúde/doença de sua mãe (Sônia).

Estas formas de manifestação ou reação às diversas situações permitem mostrar que a maneira de cada ser humano idoso e seu familiar

são diferentes entre si e como reagem diferentemente a cada estressor identificado, permitindo-nos afirmar que, na sua totalidade, o ser humano idoso é multidimensional, único, portanto, com características individuais próprias.

Collière (1989), enfatiza esta multiplicidade de pequenas reações que o ser humano transmite pelo olhar, faces, postura, prenunciam muitas informações com as quais uma pessoa ou uma família fala de si, manifestando-se por reações de desespero, de solidão, de alegria, de tristeza, de satisfação, de prazer, de desejo. Assim, ela propõem a necessidade que se associe estas reações àquilo que a pessoa exprime, e que tem vontade de perceber, interpretando-as, isoladamente, para encontrar laços que tem entre si, e procurar modos de ação de enfermagem (intervenção) favorável à compreensão da situação.

O ser humano idoso fragilizado deste estudo pertence a uma família, a uma sociedade, com as quais compartilliam valores, crenças e atitudes, atribuindo-lhe diversos papeis, entre eles, o de ser cidadão. É também um ser humano que, no seu curso de vida, adquiriu perdas e ganhos simultaneamente. Sendo que ele e seu familiar se encontravam constantemente, sobre a influência das interrelações das variáveis: biológica e de desenvolvimento; sócio-econômica, cultural e espiritual; psicoafetiva e política. E o conhecimento destas interrelações, contribuíram: na identificação dos estressores (extrapessoal, interpessoal e intrapessoal); na avaliação das reações-respostas que os mesmos apresentaram para cada estressor, no planejamento e implementação dos cuidados. Para cada ser humano idoso e seu familiar, as variáveis apresentaram-se de forma individualizada ou em comum, como seguem:

..... **Hospitalização:** (*Estressor extrapessoal*) - de Sr. Pedro; da Sra. Ana; da Sra. Regina; do Sr. João e do Sr. Afonso - (*variáveis: biológica e de desenvolvimento; sócio-econômica, cultural e espiritual; psicoafetiva e política*).

..... **Condições sócio-econômicas precárias:** (*estressores extrapessoais*) - do Sr. Pedro; da Sra. Ana; da Sra. Regina; do Sr. João e do Sr. Afonso - (*variáveis: biológica e de desenvolvimento; sócio-econômica, cultural e espiritual; psicoafetiva e política*).

..... **Mudanças de hábitos:** (*estressores extrapessoais*) - do Sr. Pedro; da Sra. Ana; da Sra. Regina; do Sr. João e do Sr. Afonso) - (*variáveis: biológica e de desenvolvimento; sócio-econômica, cultural e espiritual; psicoafetiva e política*).

..... **Relacionamento conflituoso intrafamiliar:** (*estressor interpessoal*) - do Sr. Pedro; da Sra. Ana; da Sra. Regina; do Sr. João e do Sr. Afonso - (*variáveis: sócio, cultural e espiritual; psicoafetiva e política*).

..... **Disfuncionalidade orgânica:** (*estressor intrapessoal*) - do Sr. Pedro; da Sra. Ana; da Sra. Regina; do Sr. João e do Sr. Afonso - (*variáveis: biológica e de desenvolvimento; sócio-econômica, cultural e espiritual; psicoafetiva e política*).

..... **Perdas, luto:** (*estressores intrapessoais*) - da Sra. Regina - (*variáveis: biológica e de desenvolvimento; espiritual; cultural e psicoafetiva*).

..... **Dificuldade de diálogo e relacionamento com a chefia do setor, durante a segunda internação:** (*estressor interpessoal*) - do Sr. João - (*variáveis: psicoafetiva; política; sócio-econômica e espiritual*).

..... **Dependência física:** (*estressor intrapessoal*) - do Sr. Pedro - (*variáveis: biológica e de desenvolvimento; sócio-econômica, cultural e espiritual; psicoafetiva e política*).

.....*Depressão: (estressor intrapessoal) - do Sr. Pedro; da Sra. Ana; da Sra. Regina e do Sr. João - (variáveis: biológica e de desenvolvimento; sócio-econômica, cultural e espiritual; psicoafetiva e política).*

Observa-se que muitos dos estressores identificados foram comuns às pessoas idosas e a seus respectivos familiares, principalmente aqueles relacionados às condições de saúde/doença, condições econômicas e relações familiares. No entanto, o impacto destes estressores manifestaram-se de formas diferenciadas ao equilíbrio orgânico de cada um dos envolvidos.

Oliveira (1985) e Santos (1982) relatam que os idosos, em geral, apresentam vários problemas de saúde e doença, requerendo uma atenção especial. Esta atenção especial muitas vezes requer a hospitalização, principalmente se levar em consideração que, com o crescente aumento da longevidade das pessoas, poderá ocorrer o aumento das incapacidades e deficiências, devido, principalmente, a fatores individuais do processo de envelhecimento e multipatologias crônicas comuns nos idosos. Esta situação deixa o idoso separado pela morte ou distância de seus familiares e amigos, privando-se da capacidade e da oportunidade de continuar um empreendimento produtivo. Ainda Gomes e Scantena (1983) dizem que os idosos deveriam permanecer ativos, enquanto pudessem, na comunidade, garantindo-lhes um nível satisfatório de saúde e não uma situação gerada na qual velhice é sinônimo de invalidez e aposentadoria, vindo a reforçar que o conceito de velhice pode ser visto como “o conceito de autonomia e independência”, onde autonomia é o auto discernimento. É a capacidade de decisão. Independência é não precisar de ajuda para fazer as coisas. O idoso deve e pode decidir se quer ou não ir a determinado local, comer tal alimento, vestir certa roupa.... E deve fazer o que tem vontade, dentro de

suas possibilidades e limitações. Guidi e Moreira (1994) acrescentam que a limitação da idade é muito relativa: muitos idosos têm condições de permanecer ativos dentro da comunidade, inclusive na sua profissão; outros podem crescer e se encontrar profissionalmente, depois de adquirir idade mais avançada; porque envelhecer não significa perder a sua capacidade intelectual, nem ficar imprestável para a sociedade. As autoras referidas anteriormente colocam também que, no envelhecimento normal, a pessoa pode chegar aos 80 anos apenas com o decréscimo das suas funções gerais, porém, com um bom nível de saúde. Por outro lado, quando o envelhecimento é precipitado por doenças, cigarros, álcool, drogas etc., as pessoas podem chegar aos 80 anos, porém provavelmente com grandes problemas de saúde. Toda esta problemática corresponde ao encontrado nesta prática assistencial de enfermagem, associados, ainda, com os diversos problemas (conflitos) familiares.

Black & Jacobs (1994,p.36), descrevem analisando a cultura norte-americana, que “a enfermagem deve compreender os conflitos e desentendimentos, quando há uma diferença acentuada entre a família de origem do paciente idoso e a estrutura familiar do momento”. Na prática assistencial apresentada, nem sempre o familiar do idoso fragilizado correspondia à sua família original, como no caso do **Sr. Afonso**, que vivia com a família de sua segunda esposa (**Iracema, Iara** (enteada) e **filhos de Iara**). Porém, esta relação de família original ou família do momento, não demonstrou ser requisito essencial em nosso meio, ou, pelo menos, em nosso exemplo, para um relacionamento familiar favorável, haja vista que este estressor foi identificado também no ser humano idoso que vivia com a sua família original (**Sr. Pedro**) (**Sra. Ana**) (**Sr. João**). Portanto, não são somente as modificações do núcleo familiar que interferem na situação do idoso. Um dos problemas também

enfrentados pelos idosos diz respeito ao aspecto social, ou seja, à perda dos valores, domicílios que muitas vezes não contam com acomodações para o idoso, sentimento de perda, quer dos papéis ou de morte de algum parente ou amigo, favorecendo a solidão, insegurança e apreensão frente ao futuro e conseqüente dificuldade em aceitar a velhice, já que, de todas as etapas da vida, esta é a menos desejada por todos, justamente pelo fato da cultura vigente supervalorizar a juventude, havendo vários preconceitos em relação à velhice, tornando-a sinônimo de improdutividade e decadência, conforme relata Pereira (1984). Tal pensamento também é descrito por Oliveira (1985, p.8) quando coloca que “a velhice, por ser a última etapa da vida, está fadada ao afastamento dos desafios profissionais pela aposentadoria e dos desafios sociais pela perda progressiva dos papéis da sociedade”. Acrescenta ainda que o idoso, “sentindo-se desnecessário para o trabalho e dispensável para as decisões e condução da família, resta a ele duas alternativas: rebelar-se, tomando-se um elemento desajustado, ranzinza e desagradável, ou acomodar-se na sua profunda solidão e expectativa da morte breve”. Esta situação foi vivenciada durante o desenvolvimento do trabalho, na qual o idoso (**Sr. Pedro**) sentia-se inválido, incapaz de executar as suas atividades diárias, deixando o sentimento de solidão e perdas tomarem extensão no seu universo pessoal, a tal ponto de esperar apenas pela sua morte.

Quanto ao aspecto econômico, segundo Fericgla (1992), poucos são os idosos que têm uma economia de subsistência que lhes permita viver independente, mesmo com o controle de gastos, inclusive os básicos. A grande maioria vive em situação de miséria, sendo que a maior parte dos seus recursos econômicos são destinados aos cuidados de saúde, principalmente na aquisição de medicamentos, dependendo, muitas vezes, economicamente, de seus familiares para a sua sobrevivência. Ainda o mesmo autor relata que as relações da funcionalidade das relações sociais é

um aspecto muito importante para a construção cultural e se manifesta, de modo central, na relação entre os idosos e os demais familiares. Para os idosos, a importância da família é muito superior a qualquer grupo social a que pertence. É através da família que se busca ajuda, auxílio, companhia, relações sociais íntimas, cooperações, entre outros... Os idosos conhecem perfeitamente o papel de cada membro da família.

O familiar cuidador do idoso apresentou-se de uma forma contínua como cliente da enfermeira, juntamente com o mesmo. Em muitos momentos, a enfermeira teve que atender deste cuidador, em virtude da situação de estresse do mesmo em função de seu papel sócio-familiar de cuidador ou provedor de cuidados, os quais se encontravam comprometendo a estabilidade das linhas de defesa do ser humano familiar. Vale ressaltar que o cuidador ou provedor de cuidados, geralmente, era a(s) filha(s) e/ou cônjuge, salvo no caso do Sr. João que tinha o genro (Luís) como cuidador eventual. Em nenhuma das situações encontradas, observou-se a presença do filho homem como cuidador principal. São expressas, a seguir, as situações de estresse dos mesmos.

.....Filha apresenta hipertensão arterial sistêmica, não segue recomendação médica, não consulta o médico há meses. Diz não se conformar com a situação marital do pai (Rosália).

.....Genro com crise hipertensivas, sem conhecimento do tratamento e causa da situação. É etilista, tabagista. Tem como profissão a de caminhoneiro e, nos dias de folga que passa em casa, ajuda a cuidar do sogro (Luís).

.....Filha em pós operatório de ooforectomia bilateral, desconhece as conseqüências do procedimento e a causa do mesmo. Relata ter que cuidar de todo os seus afazeres domésticos, não dispendo de tempo para atender aos lamentos de sua mãe (Violeta).

..... *Atender a seu pai (seqüela de AVC), a mãe (cega, surda, com dificuldades de locomoção) e a sua irmã, com deficiência física. (Ieda).*

..... *Preocupação constante, da filha e enteada do Sr. Afonso, devido à deficiência/retardo-mental, apresentada pela esposa atual do mesmo. Elas têm receio e medo de que a mesma possa deixar o gás aberto ou fazer qualquer outra coisa que possa comprometer a vida dos moradores da casa. (Rosália e Iara).*

A situação sócio-econômica do idoso faz com que a família, muitas vezes, assumam os cuidados e as despesas financeiras decorrentes destes cuidados. Trazendo a família um ônus muitas vezes demasiadamente superior às suas condições econômicas familiares, levando, conseqüentemente a uma desestrutura familiar.

Daichman, Lew, Guido et al (1993, p.144) em sua pesquisa nos falam que “a investigação e a experiência ao longo do mundo continuam mostrando que a família é a maior provedora de cuidados domiciliares a longo prazo dos idosos”. E que a “família depende de si mesma para o apoio e ajuda nos cuidados de seus idosos e o processo de eleição de quem se designa a tarefa é reflexo freqüente da história familiar de vínculos intergeracionais através do ciclo de vida”. Descrevem também que, apesar do custo ser demasiadamente alto para serem cobertos por esta família, faz-se necessário tomar decisões a respeito de possíveis cuidados alternativos. A sociologia mostra algumas explicações para compreender por que a gente ajuda, enfatizando especialmente o papel das normas sociais tal como a reciprocidade e a responsabilidade social. Oliveira (1985, p.8) fala-nos que “o orçamento familiar nem sempre prevê despesas com a saúde do idoso, por si mesmo mais suscetível às alterações de saúde e a manutenção de um acompanhante para o idoso sadio ou doente, que, além de onerosa, exige condições de preparo que a nossa sociedade não está acostumada a assumir”.

Então a família conflitada não encontra espaço para o seu idoso, seja

pela nova modalidade de moradia, seja pelas condições de trabalho que exigem afastamento dos adultos e jovens para as atividades profissionais (Oliveira, 1985). No entanto, em quase todas as famílias existem aquelas pessoas que são cuidadoras natas aquelas que são eleitas por seus pares e ou aquelas que não têm escolha, porque não existe outra pessoa para prestar os cuidados a seus idosos. Não querendo inferir que, necessariamente, este cuidador tem que ser do meio familiar.

Daichman, Lew, Guido et al (1993, p.147) mostram em sua pesquisa realizada com 70 cuidadores não familiares que assistiram os idosos dependentes durante um ano ou mais, na cidade de Buenos Aires, que “mais de 50% dos cuidadores eram responsáveis pelo cuidado pessoal do idoso, das tarefas relacionadas com a sua saúde e o manejo das atividades domésticas”, e “o cuidado pesado da limpeza e manutenção da casa estava usualmente em mãos de outras pessoas”. Colocam também que “somente 28% dos cuidadores se permitia administrar o dinheiro para pagar as contas e fazer as compras importantes, e que, na maioria dos casos, esta era manejada pelos familiares”. Um dado importante apresentado por esta pesquisa foi quanto ao perfil dos cuidadores: 98% eram do sexo feminino, 43% eram viúvas e 47% viviam sozinhos. Outro ponto significativo, apresentado quanto à situação dos idosos assistidos: 75% pertenciam ao sexo feminino e 80% viviam com seus filhos. Estes resultados de Buenos Aires se assemelham aos resultados da pesquisa de Gonçalves et al (1996) realizada na cidade de Florianópolis/SC, junto aos idosos assistidos na rede pública de saúde. Entre os idosos pesquisados, 81,3% dos homens e 68,5% das mulheres moravam com seus filhos. Elas apresentam também que, 17,5% dos homens e 23,4% das mulheres viviam com seus netos. Comentam as autoras, inclusive, que, em pesquisas realizadas anteriormente na região de Florianópolis, como a de Elsen et al (1986) & Gonçalves et al (1986), entre

outros, já tinham demonstrado esta característica cultural de ascendentes açorianos onde “os netos servem de apoio familiar na velhice avançada de seus avós, como também de terem sido apoiados em sua infância por avós “cuidadores”, participando assim de um sistema de relações de ajuda mútua intergeracional”.

A pesquisa de Buenos Aires mostra um lado positivo da situação dos idosos com dependência, haja vista que a maioria deles viviam com seus familiares e possuíam alguém para prestar os cuidados sem haver sobrecarga das tarefas domésticas e trabalho. Entretanto, a nossa realidade brasileira não é a mesma, pois os idosos, quando convivem com seus familiares, estes necessitam, quase sempre, acumular as atividades domésticas com o trabalho e a assistência ao idoso doente e/ ou fragilizado, ocasionando um estresse físico, psicológico e social. A enfermagem pode e deve assistir também o(s) cuidador(es) do idoso, naquilo que for necessário, principalmente quanto ao seu nível de estresse e conflitos intrafamiliares. Segundo Gonçalves, Flores e Pfeiffer (1996, p.4) “o cuidador leigo, familiar ou não, é tão cliente da enfermeira quanto o idoso cuidado”. Em nossa realidade, observa-se um dado que confere com a pesquisa de Daichman, Lew, Guido et al (1993): a maioria dos cuidadores são do sexo feminino, conferindo o que Gonçalves et al (1996, p.11) apontam em sua pesquisa que “45% o cuidador é o cônjuge, 27% a filha, e 7,5% o filho, para o grupo dos homens. Já as mulheres são cuidadas em 57,6% pelas filhas, 13,0% por outro familiar e 7,6% pelo cônjuge”.

• AMBIENTE

O ambiente encontrado neste estudo correspondeu a dois contextos: o hospitalar e o domiciliar. O idoso e seu familiar, estando em qualquer um destes ambientes, encontravam-se sujeitos à interferências de forças

externas ou internas, isto é, susceptíveis à invasão de estressores que estivessem comprometendo a estabilidade e a integridade das linhas de defesas do ser humano idoso e seu familiar, estressores estes que podem ser de natureza intra, inter e extrapessoais.

O ambiente foi percebido como dinâmico e representou a mobilização inconsciente por parte do idoso e seu familiar de todas as variáveis: biológicas e de desenvolvimento; sócio-econômica, cultural e espiritual; psicoafetiva e política. Percebido também uma constante interação do ambiente com o ser humano idoso e seu familiar, na qual os mesmos se ajustavam a esses por si mesmo.

No ambiente hospitalar, o idoso e seu familiar estiveram sujeitos às normas e a rotinas estipuladas pela Instituição. Normas e rotinas que, constantemente, comprometiam a integridade da estrutura básica do ser humano, ocorrendo, em algumas situações, a ruptura das linhas de defesa, ocasionadas pelo impacto dos estressores nas mesmas. Exemplos disto temos:

.....Dificuldade de acesso ao hospital fora do horário estipulado pela instituição, necessitando os familiares se ausentarem de seus empregos, fora do horário previsto, para realizar a visita ao pai (Maria, Luís, Rosa e Nádia) (Iracema, Rosália e Iara) (Antônia e Ieda).

..... Ruídos ambientais, muito movimento de pessoas (Sr. João).

.....Distância de seus familiares e de suas plantas (Sra. Regina).

.....Desejo de ir para casa (Sra. Ana).

.....Ambiente frio (Sr. João) (Sr. Afonso).

.....Companheira de quarto, agitada, poliqueixosa, dificultando o seu repouso no leito (Sra. Ana).

.....Procedimentos invasivos (Sr. João)

.....Falta de informações concretas do estado de saúde/doença do

paciente (Sr. João)

..... Medo de não ser atendido pelos médicos (Sr. João)

....Medo, insegurança nos procedimentos terapêuticos (Sra. Ana)
(Sr. Pedro).

.....Não confia no seu médico (Sra. Regina).

Santos (1983) e Olivieri (1985) comentam que, durante a internação hospitalar, o doente idoso ou não, apresenta reações ao ambiente desconhecido do hospital, muitas vezes interpretado erroneamente, desencadeando angústias e aflições por motivos diversos, principalmente o desconhecimento de medidas diagnosticas ou terapêuticas prescritas e que trazem dúvidas sobre o futuro, quando a ausência de informação a eles e a seus familiares pode causar problemas e reações imprevisíveis por parte dos mesmos. O ambiente hospitalar por si só já é extremamente estressante, não somente para as pessoas hospitalizadas, mas também para aquelas que nele necessitam estar, quer estejam trabalhando, quer estejam visitando. A influência negativa deste ambiente não está apenas no desconhecimento do mesmo, mas está também: no grande fluxo de pessoal, ocasionando conversas e ruídos desagradáveis pelos corredores; na aproximação de doentes gravemente enfermos; nos procedimentos invasivos a que os paciente estão constantemente sujeitos; na insegurança da terapêutica medica, situações estas que contribuem para que o ambiente se torne extremamente cansativo e negativo para os pacientes e seus familiares. O ambiente hospitalar é um mundo conhecido talvez pelos profissionais da saúde, mas muito sinistro e misterioso para os paciente e familiares.

Segundo Santos (1983), o idoso hospitalizado, por se encontrar distante, muitas vezes, dos seus familiares e num ambiente desconhecido, torna-se carente, e quando encontra alguém que o ouça com sensibilidade, atenção e atenda seus pedidos, compartilhando seus medos, temores e

problemas, tende a sentir-se grandemente aliviado e mais seguro.

Dentro deste aspecto, é importante que os familiares ou pessoas significativas compartilhem com o idoso o seu tratamento, aprendendo como fazer os cuidados para, posteriormente, executá-los no seu domicílio. Em estudo realizado por Gomes e Scatena (1983) mostram que os idosos referiram ser a família a mais indicada para fazer companhia, dar carinho e ajuda durante a doença e hospitalização.

A realidade mostra a necessidade de haver maior atenção ao idoso, principalmente pelos familiares e amigos. E de tal maneira que estes sejam integrados na assistência, mesmo que os idosos não estejam em seus lares. E no caso de estarem recebendo atendimento através de sistemas de saúde institucionalizados, Borekholdt (1985) enfatiza que a atenção deve estar voltada ao idoso e seus familiares, criando-se um elo entre a instituição e as relações sociais do idoso.

Ainda de acordo com Borekholdt (1985,p.72) “os lugares de convalescência e os lugares para o atendimento ao idoso merecem atenção especial”, principalmente aqueles que tratam o idoso a longo prazo. Fala ainda que, “em geral, a meta consiste em oferecer atenção institucional a toda aquela pessoa idosa que necessite de serviços. Esta atenção deverá ser acessível, de boa qualidade e econômica”, haja vista que a frequência dos transtornos que dependem da idade e que se relacionam com a idade, tendem a aumentar à medida que a população envelhece, deixando um desafio para os governantes e profissionais, principalmente os da área da saúde.

Outro ambiente constante foi o domicílio do ser humano idoso. Este domicílio nem sempre era próprio do idoso, como no caso do **Sr. João**, que residia em casa alugada com as filhas (**Nádia, Rosa e netas** (filhas de Nádia)) e o genro (**Luís**), ou no caso do **Sr. Pedro** que morava com a filha

(Ieda) e os familiares da filha (**netas/bisnetos**). A maioria dos idosos era de viúvos (Sra. Ana, Sra. Regina, Sr. João), somente o Sr. Afonso e o Sr. Pedro residiam com seu cônjuge. A Sra. Ana residia em casa própria com a filha (Sônia) e a Sra. Regina também possuía casa própria e morava sozinha. As residências na sua totalidade não possuíam condições adequadas para habitação, tendo sido constatado, com freqüência, problemas comunitários de infra-estrutura, como: rede de saneamento básico de água e esgoto; recolhimento de lixo; iluminação pública; coletivo urbano; segurança; entre outros, inadequados. No entanto, em muitos momentos observava-se satisfação por parte do idoso e seu familiar nas suas condições de habitação, porém em outros momentos esta situação não era evidenciada, comprovando, mais uma vez, que o impacto dos estressores e as reações-respostas, dependem das condições individuais adquiridas ou conquistadas de enfrentamento à cada estressor. Como bem representa abaixo:

.....*Condições de habitação inadequadas (Sr. João) (Sr. Afonso) (Sr. Pedro) (Sra. Regina) (Sra. Ana).*

.....*Residência pouco arejada e úmida (Sr. João) (Sra. Ana).*

.....*Saneamento básico, recolhimento de lixo, iluminação pública, calçamento na rua inadequados (Sr. João) (Sr. Afonso) (Sr. Pedro).*

.....*Condições de higiene precárias, presença de roedores e insetos (Sr. Afonso).*

..... *Fala com carinho e orgulho do forno de barro, bem como do fogão de tijolo construídos por ele (Sr. Afonso).*

.....*Gosta da casa onde mora, diz que é grande e espaçosa (Sr. João).*

..... *Relata com carinho do jardim cultivado por ela (Sra. Ana.)*

..... *Casa pequena em proporção ao número de moradores (Sr.*

Afonso).

..... Banheiro fora de casa, mas já está providenciando a construção de um banheiro dentro de casa com chuveiro elétrico. Necessita primeiro alugar a parte da frente (bar) (Sr. Afonso).

.....Casa encontra-se em condições precárias de higiene e conservação, demonstra vontade em arrumar, porém não possui recursos financeiros (Sra. Regina).

..... Jardim com muito mato e lixo, sente-se triste pelas condições do seu jardim, que era considerado o mais florido da rua (Sra. Regina).

Percebe-se, por estas situações, que o ser humano idoso e seu familiar em alguns momentos encontravam-se “contentes e/ ou acomodados” em viverem nestas condições de moradia e lembravam sempre que existiam pessoas que moravam em situações piores do que a deles.

Percebi-me que, como enfermeira, estava mais preocupada com as condições de moradia deles do que eles próprios. Provavelmente isto ocorreu porque o enfermeiro possuía maiores conhecimentos sobre a importância de viver e reivindicar os recursos da comunidade, principalmente em ter um ambiente higienizado; com saneamento básico de água e esgoto; com segurança; com iluminação pública; recolhimento do lixo diário e coletivo urbano acessível. Embora as famílias dissessem conviver bem com o seu ambiente os recursos da comunidade observados não eram adequados e, por isso, refletiam nas condições de vida, saúde/doença, como no caso do Sr. Afonso, do Sr. João e Sra. Regina.

Dos idosos assistidos foi observado que seus familiares mostravam interesse em mantê-los em seus domicílios, em momento algum foi relatado desejo de institucionalizá-los, mesmo naquelas famílias conflitadas. Conforme Silva (1996, p.7) é importante manter o idoso no seu domicílio, usufruindo de todo o meio familiar, porque para ele, “tem tudo a ver, o paciente

poder contar com os ruídos das vozes de seus familiares e amigos, estar em sua cama, usufruir de suas roupas, é parte do seu bem-estar poder continuar a ter tudo isto, principalmente se está morrendo ou se ficará por muito tempo convalescendo”. Graz apud Waldow & Frichebruder (1985, p.279) “comenta que há uma tendência na maioria dos países, em manter o idoso em sua própria casa, para incentivar a pessoa a manter-se independente. Por outro lado, observa-se um aumento crescente das instituições destinadas aos idosos, demonstrando a ineficácia das famílias em propiciarem ambientes para que o indivíduo permaneça na sociedade”.

Nesta prática, e em experiência diária, tem-se observado que os idosos, em nosso meio, desejavam conviver com a sua família, mesmo havendo conflitos. Este desejo de estar com a família, de querer e poder estar, depende muito do relacionamento entre o idoso e seus familiares, bem como das condições sócio-econômicas, culturais e espirituais.

Costa & Madeira (1994,p.87) ao apresentarem a análise dos resultados de sua pesquisa, quanto ao relacionamento do idoso com seus familiares, colocam que “30,0% dos homens e 40,0% das mulheres mencionaram ter melhor relacionamento com suas filhas mulheres, e outras preferências mencionadas recaem sobre o cônjuge, irmão, cunhada, genro e amigos”. Quanto a quem tem pior relacionamento “50% das mulheres e 40% dos homens não destacaram nenhuma pessoa com quem se desse pior. Todavia, 10% dos que relataram, disseram ter pior relacionamento com os filhos homens, irmãos e cônjuge”. O fato das mulheres terem sido apontadas como de melhor relacionamento parece vincular-se ao seu papel socialmente reconhecido como “provedora de cuidados”. Outro aspecto importante abordado na pesquisa foi quanto “às dificuldades apontadas como sendo “diferenças no modo de pensar”, sugeriram que estes idosos tinham problemas de relacionamento, principalmente com adolescentes”. Segundo as autoras, o relacionamento família/idoso (p.83)

“tem correlação direta com o processo de comunicação interpessoal entre seus integrantes”.

A presença de conflitos familiares, já relatados anteriormente, foi observado em todos os idosos e seus familiares atendidos nesta prática assistencial de enfermagem.

Um dado importante, encontrado durante esta prática assistencial, diz respeito à existência de um programa de atendimento social do idoso, realizado no Centro de Convivência do Idoso (CCI), no município de Itajaí. O CCI é gratuito para os idosos, sendo mantido, integralmente, pela Secretaria do Bem-Estar Social do referido Município. Nele, o idoso realiza diversas atividades associativas, cultural, social, incluindo atividades ergoterapêuticas, como: costurar, dançar, cozinhar, bordar, artesanatos... Dentre os cinco idosos assistidos, apenas uma delas, **Sra. Regina**, passou a frequentar o CCI, após o encaminhamento realizado.

A OPAS/OMS (1982, p.22-23), em seu boletim oficial coloca, como sugestão para os indicadores de saúde para o ano 2000: a “incorporação de legislação e planos de programas de desenvolvimento urbano e rural que considerem as soluções para atender à necessidade da população idosa: uma definida proporção de serviços assistenciais destinados a pessoas idosas; diminuição de idosos institucionalizados e o aumento da proporção de idosos que mantenham um funcionamento normal em seu meio familiar e social”. É necessária resolução imediata no que tange ao problema geriátrico, a OPAS/OMS apresenta várias diretrizes para a melhoria destes problemas, porém falta maior iniciativa das instituições públicas e privadas. Vale ressaltar que não só faltam estabelecimentos asilares adequados, mas também outras instituições ou fontes de assistência ao idoso como: a implantação de um “serviço de assistência domiciliar”, que poderia em parte diminuir as internações hospitalares; os “hospitais-dia”, que serviriam para atender idosos com certos tipos de doenças, onde ele teria a assistência

médico/hospitalar durante o dia e a noite retornaria à sua casa; ou também a criação de **centros de convivências** ou “**centro-dia**”, onde os idosos poderiam passar o seu dia convivendo com outros idosos, realizando várias atividades de lazer como: trabalhos manuais, palestras, ginásticas, natação, entre outros. Certamente, estas outras formas de atendimento ao idoso diminuiriam a possibilidade de institucionalizá-lo e evitariam transtornos intrafamiliares. Neto (1986, p.88) corrobora esta idéia e acrescenta que estes atendimentos “poderiam ser feitos durante toda a semana ou em dias intercalados, conforme cada caso”. Diz também que os problemas de solidão, conflitos familiares e busca de privacidade, poderiam serem amenizadas com os programas de atendimento ao idoso em meio aberto, restringindo e impedindo assim, a institucionalização. Meio aberto para o autor refere-se a todos os atendimentos alternativos que impedem ou restringem a institucionalização.

• ENFERMAGEM

Neste estudo, a enfermagem apresentava-se como uma “profissão única” que se preocupava com a relação dos estressores que afetavam as reações-respostas do idoso e de seu familiar. A meta principal da enfermagem, ao elaborar o planejamento e a implementação dos cuidados, foi de manter e reter a estabilidade e a integridade das linhas de defesa do idoso e de seu familiar. Ela também foi vista como um processo de ação, reação e integração, entre enfermeiro e cliente (idoso e familiar), no qual ambos compartilharam informações sobre as percepções da situação na qual se encontravam, a enfermeira procurou ouvir mais, interferindo apenas quando necessário. Exemplo disto, temos:

.... *Conversar com o médico assistente sobre as condições de saúde/doença e tratamento do mesmo, juntamente com os familiares, a fim de preservar a estabilidade e integridade das linhas de defesas (Sr. Pedro).*

.... *Esclarecer e educar a respeito da necessidade de mudanças de comportamento de saúde, mantendo-se assim as linhas de defesas fortalecidas (Sr. Pedro) (Sr. Luís) (Sr. João).*

.... *Esclarecer e educar que a situação de dependência física poderá ser passageira (Sr. Pedro).*

.... *Negociar com os familiares a possibilidade de a filha solteira (Rosa) ficar em casa atendendo o Sr. João, enquanto a outra filha (Nádia) e seu marido (Luís) trabalham, conseguindo inclusive, o pagamento mensal a esta filha (Rosa),objetivando a manutenção das linhas de defesas dos mesmos (Sr. João).*

.... *Ouvir e discutir com os familiares a respeito de sua decisão de não revelar o diagnóstico a seu pai, e encontrar um conjunto de condutas razoáveis para reconstituir e /ou fortalecer as sua linhas de defesas (Sr. João).*

.... *Ouvir e discutir com o paciente e familiares o que eles sabem sobre o seu processo saúde/doença (Sr. Afonso).*

.... *Conversar com os familiares, juntamente com a paciente sobre a possibilidade da mesma morar com a filha ou que alguém da família morem com ela (Sra. Regina).*

.... *Ouvir e dialogar com a paciente sobre as causas de sua disfuncionalidade orgânica, procurando manter a estabilidade e integridade de suas linhas de defesa (Sra. Ana).*

O cuidado com o idoso dentro da enfermagem sempre aconteceu, mas a visão geriátrica e gerontológica destes profissionais é recente. Entretanto,

com o aumento da longevidade das pessoas, a tendência é reverter esta situação, que, certamente, necessitará de profissionais capacitados para o atendimento. Cabe aqui ressaltar a importância de inserir na graduação de enfermagem, o ensino específico na área geriátrica e gerontológica.

De acordo com Waldow (1987), o processo natural do envelhecimento não pode ser detido e, por isso, os profissionais da saúde têm a tarefa de assistir o ser humano, orientando, ensinando, oferecendo condições e auxiliando na promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Hardy apud Oliveira (1985) apontam cinco requisitos básicos para que os idosos possam viver bem, como: vida independente, casa, ocupação/ser necessário, afeição e comunicação. Porém, quando o idoso se encontra fragilizado, estes cinco requisitos básicos poderão estar comprometidos. E, algumas vezes, o comprometimento é tão profundo que leva à hospitalização. Para Waldow (1987), esta situação carece da presença da enfermeira, na tentativa de minimizar estas perdas que poderão levar às deficiências e incapacidades irrecuperáveis. Salienta ainda que a enfermeira é um dos profissionais de saúde responsável em prevenir o envelhecimento precoce, favorecendo uma velhice sadia, através da promoção de condutas e práticas que promovam estilos de vida e hábitos adequados, além de amenizar as condições indesejáveis que comprometam um envelhecimento satisfatório, assistir situações de doença, auxiliando o idoso e familiares a adquirir condições em prol de sua independência, bem como de auxiliar na sua reabilitação. Deve-se observar o envelhecimento, não apenas como deteriorização de um corpo humano, mas como ganhos e perdas em um curso de vida, pois não há ganho sem perda, e nem perda sem ganho. Esta observação deve ser realizada de forma multidirecional e multifuncional, valorizando o idoso, não o menosprezando, não o deixando de lado,

ouvindo-o, dando oportunidade de expressar-se e de decidir sobre o sua vida. A enfermeira, durante a sua prática assistencial, possui capacidade e potencial para a concretização de todos estes pontos.

Mesmo que a assistência prestada pela enfermeira ao idoso não diferencie dos demais grupos, é necessário que haja um enfoque especial, exigindo conhecimento e cuidados particulares, principalmente como comunicar-se com o mesmo. De acordo com Dreher apud Costa e Madeira (1994, p.91) “para se comunicar com a pessoa da terceira idade é necessário saber ouvir, e que isto não exige apenas habilidade física, mas também atitude”. Ainda ressalta que, “quando a enfermeira reconhecer respeito ao seu paciente e estar disponível para ouvi-lo, melhor será a assistência prestada por ela” (Campedelli, 1983).

Bastian apud Santos (1982, p.38) refere que, “na prática de enfermagem geriátrica, o enfermeiro deve adaptar o processo de assistência às necessidades específicas da pessoa idosa e que nessa metodologia devem ser considerados o trabalho com a família e os recursos da comunidade”.

A enfermeira, ao assistir a pessoa idosa e seu familiar, com a finalidade de obter e manter um estado máximo possível de bem-estar, tendo o cuidado de prestar o atendimento de forma global ao idoso e seu familiar, independente de suas condições culturais espirituais e políticas, com isto procura reduzir os fatores estressantes ambientais em que os mesmos se encontram. Durante a implementação desta prática assistencial de enfermagem, foram vivenciados pela enfermeira e cliente, momentos marcantes e singulares, principalmente quanto ao aspecto cultural e ao espiritual do idoso e de seu familiar, no qual a enfermeira procurou não fazer juízo, nem tão pouco recriminar as decisões e ações dos mesmos, procurando sempre atendê-los sem discriminações, como segue:

....Perda do marido e da irmã, não aceita a morte deles (Sra. Regina).

.... Diz estar assim (doente) devido a um “despacho” (Sra. Ana).

.... Familiares não consentem a revelação do diagnóstico médico de adenocarcinoma gástrico, com medo do pai não suportar o diagnóstico (Sr. João).

.... Abandonou a terapia convencional para a terapia espiritual (Sr. João).

.... Tem medo de morar sozinha (Sra. Regina).

.... Não deseja viver nestas condições de dependência (Sr. Pedro).

.... Desconhecimento dos serviços públicos existentes em sua comunidade (Sr. Afonso).

Eu enfermeira, atuei, também, no sentido de prevenir que estressores invadissem o núcleo energético da pessoa idosa e de seu familiar, através da conscientização dos profissionais da saúde e dos próprios clientes (idoso e familiar), a respeito dos seus direitos como cidadãos assegurados pela Constituição Nacional, pela Lei n ° 8842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do idoso e pelo Plano de Ação Governamental Integrado para o Desenvolvimento Nacional do Idoso, como por exemplo:

.... Manter um diálogo com o Sr. João e seus familiares, a respeito de seus temores, deixando claro os direitos de paciente e de cidadão em ser atendido nos serviços de saúde, a qualquer momento em que for necessário (Sr. João).

.... Conhecer os seus direitos de receber assistência pelo Sistema Único de Saúde (SUS) , esteja onde estiver dentro do território nacional brasileiro (Sr. Afonso) (Sr Luís) (Sr. João) (Sra. Regina) (Sra. Ana).

.... Orientar o Sr. João e familiares, sobre os seus direitos e que procurem o órgão competente para resgatar o que é seu de direito, com relação aos bens perdidos, devido ao terceiro casamento (Sr. João).

.... Proporcionar cuidados integrais ao paciente, alcançando, assim, a estabilidade do sistema do cliente (Sr. João) (Sr. Pedro) (Sr. Afonso).

.... Conseguir, junto à chefia do setor, autorização aos familiares para acesso no hospital fora do horário estipulado pela instituição, afim de restabelecer as linhas de defesas dos mesmos (Sr. Pedro) (Sr. João).

Segundo Gomes e Scatena (1983), parece incontestável que numerosos elementos afetivos ocorrem de forma direta para o processo de envelhecimento. O sentir-se isolado, inútil afastado de grupos, sem laços familiares, sociais, sem nenhuma atividade reconhecida, acelera sem dúvida, o envelhecimento.

Orr apud Santos (1982, p. 37), em seu estudo, diz que, “a assistência de enfermagem dispensada ao idoso hospitalizado deve englobar, além dos cuidados físicos, o atendimento de outras necessidades como: de relacionamento emocional, de individualidade, de independência de ação, de liberdade de ação e reconhecimento; deve englobar também a necessidade de consideração e respeito que os idosos merecem pela sua idade e reconhecimento adquirido através dos anos”. Em vista disto, a assistência de enfermagem deve ser globalizada e individualizada. Além do que, todos os que trabalham com idosos devem considerá-los como pessoas que adquiriram muitas experiências e muitas tarefas realizadas no decorrer de sua vida, cujos problemas são mais marcantes e suas soluções menos flexíveis do que dos jovens; a enfermeira é, muitas vezes, a única pessoa a quem ele pode recorrer para identificar os problemas, enfrentá-los e encontrar ajuda na solução dos mesmos.

A enfermeira, enquanto profissional ética, precisa refletir profundamente sobre as questões da moral e não apenas deixar-se levar por situações que possam parecer cômodas a princípio. É essencial assumir a posição ética comprometida com a justiça, a observação consistente e a

obrigação de um tratamento global e igualitário para todos os seres humanos, sem qualquer discriminação.

Uma situação que foi encontrada no cotidiano hospitalar quanto ao paciente idoso hospitalizado, foi a sua marginalização, principalmente quanto aos cuidados de higiene, alimentação, hidratação e conforto. Pode-se dizer que quase sempre foi atendido por último, e quando chegou a receber a hidratação e/ ou alimentação, muitas das vezes já não se encontravam em condições de consumo.

.... Assistência deficitária, quanto aos cuidados básicos corporais...

(Sr. João) (Sr. Pedro) (Sr. Afonso).

.... Demora para atender a campainha (Sr. Pedro) (Sra. Ana).

.... Comida vem fria, não consigo alcançar água (Sr. Pedro).

Outra situação encontrada foi quanto à localização do leito hospitalar, que ficava longe muitas vezes **(Sr. Pedro) (Sr. João)**, do posto principal, sendo que a campainha nem sempre se encontrava colocada de forma acessível ao paciente idoso. Para a locomoção ao banheiro nem todos tinham esta possibilidade, pois poucos eram os funcionários que respeitavam as necessidades de eliminação do paciente idoso, ocorrendo algumas vezes as eliminações no leito, nesta situação, os idosos eram rotulados de “deficientes” ou “dementes”.

.... Paciente encontrado várias vezes sujo e molhado no leito (Sr. Pedro).

.... Paciente permaneceu por um longo tempo com o curativo sujo de sangue (Sr. Afonso).

.... Paciente tentou locomover-se, sozinho para o banheiro e sofreu queda, após várias tentativas de comunicação pela campainha (Sr. João).

Além disso, os seus familiares tiveram que seguir as normas da instituição quanto ao horário de visitas **(familiares da Sra. Regina)**

(familiares da Sra. Ana) (familiares do Sr. Afonso), salvo algumas exceções foi conseguido autorização para entrar fora do horário estipulado, sendo concedido após muito diálogo e explicações da necessidade (familiares do Sr. João) (familiares do Sr. Afonso), como já foi relatado anteriormente. Em sua tese de doutorado, Erdmann (1995, p. 58) coloca que “o afastamento dos familiares ou acompanhantes durante o atendimento ou cuidados pode, sem dúvida, facilitar o trabalho da equipe multiprofissional, mas, ao mesmo tempo, pode deixar o cliente e acompanhantes mais inseguros ou temerosos”. Conforme coloca Olivieri (1983, p.74) em seus estudos, “o Ser-doente perde a liberdade que tinha ao estar com saúde. Há uma transferência da responsabilidade para o médico e para a equipe de técnicos, aos quais o “Ser-doente” passa a confiar, tomando-se incapaz, o doente, de cuidar de si, passando a necessitar de outros”.

Não podemos admitir que o desrespeito e a suposta marginalização do idoso continue ocorrendo dentro do hospital ou em qualquer outro segmento da assistência. O profissional de enfermagem precisa ter respeito profundo á vida, a dignidade e aos direitos da pessoa humana, em todo o seu processo de viver, sem discriminação de qualquer espécie, com o intuito de promover e manter o bem-estar do indivíduo como um todo, principalmente, no respeitar e reconhecer o direito de o idoso decidir sobre a sua pessoa, seu tratamento e bem-estar, seu pudor, constrangimento, bem como, o respeito à privacidade e a intimidade do paciente idoso e seus familiares, vindo a conferir com o Código de Ética (1993), nos seus artigos 22, 23 e 28 respectivamente, “exercer a enfermagem com justiça, competência e honestidade”. “Prestar assistência de enfermagem à clientela, sem qualquer discriminação de qualquer natureza”. “Respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente”.

E, caso o paciente idoso esteja impossibilitado de responder pelos seus atos, é imprescindível consultar seu familiares e/ou responsável, antes

de qualquer procedimento que possa ter risco de vida, sendo que, nesta prática assistencial de enfermagem, **todos os idosos** se encontravam em condições de responder pelos seus atos, salvo nos momentos em que ocorreu a invasão mais intensa dos estressores para dentro do núcleo energético do idoso, deixando os mesmos, **Sr. João e Sr. Pedro**, impossibilitados de responder pelos seus atos e ações. Nesta situação, a família era contactuada, mesmo enfrentando os estressores, como, por exemplo:

.... *Complicação pós-operatória de gastrectomia do Sr. João necessitando de internação na UTI (familiares do Sr. João).*

.... *Necessitou realizar tomografia cerebral computadorizada, com ônus para os familiares (familiares do Sr. Pedro e do Sr. João).*

Outro ponto importante dentro do aspecto ético, é o cuidado que o enfermeiro deveria ter para não apresentar atitudes julgadoras, ou seja, não formar juízos acerca do paciente e familiares e não tomar partido em conteúdo de acusações entre familiares e cliente, como já está determinado no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1993).

Gelain e Alvarez (1996, p.13) em sua pesquisa intitulada “A Enfermagem e o Envelhecimento Humano: Aspectos Éticos” colocam que “o cuidado de enfermagem com idosos causa satisfação, motivação, mas também gera ansiedades provenientes, às vezes, da falta de preparo para trabalhar com esta clientela”.

Acredito que, lentamente, os indivíduos e a sociedade irão reconhecer o envelhecimento como uma etapa de vida qualquer, possuidora de peculiaridades distintas. O envelhecimento poderá somente envolver avanços selecionados e otimizados, se a sociedade e os indivíduos forem capazes de investir mais recursos na geração de uma cultura positiva da velhice.

E que os profissionais da saúde estejam atentos para assistência ao

idoso, estando ele no hospital, no asilo, no domicílio, na comunidade ou outro ambiente de assistência, devendo ser respeitado o seu direito de cidadão.

A enfermeira não se preocupou somente com o potencial da pessoa envelhecete, preocupou-se também com os princípios éticos no que tange às questões associadas com a fase final do curso de vida: finitude, afastamento e morte, procurando proporcionar na medida do possível ao idoso o direito de viver e de morrer dignamente, bem como o enfrentamento do luto de seus familiares.

.... Ajudar a falar sobre os medos não-expressos e encontrar juntos meios de amenizá-los (Sr. Pedro).

Durante esta prática assistencial de enfermagem, dois dos idosos assistidos faleceram, sendo que um deles foi o **Sr. Pedro**, paciente este que, a todo o momento, verbalizava o desejo de morrer, dizendo que *“não adiantava viver da forma que estava vivendo, mas valia morrer do que ser um empecilho para sua família”*. *“Não aceitava a sua nova situação física, e também não adaptou-se ao novo lar”*. A vida toda viveu em Indaial/SC, vindo para Itajaí/SC, morar com sua **filha Ieda**, após a primeira crise de AVC (março/95). Mesmo com todo o carinho e amor que lhe era dedicado, o mesmo continuou redundante à sua situação, verbalizando a todo o momento o seu *“desejo de morrer”*. Pelo fato de não querer viver do modo que estava vivendo, acredito que *“organizou”* a sua morte e sua *“despedida”* no entendimento de Kübler-Ross (1994). Ou melhor: planejou viajar à sua cidade natal, Indaial - SC, para visitar seus filhos, parentes e amigos, durante o feriado de “Finados”, pois, no dia em que morreu (1º/11/95), solicitou que todos os seus filhos e netos que moravam em Indaial, fossem vê-lo. No período da manhã foi ao cemitério, visitar os túmulos de seus entes queridos. Após o almoço, foi descansar. Seus filhos,

ao lembrarem a morte do pai, disseram que ouviram um *“ruído de respiração forçada”*, e correram todos para o quarto. Entrando, encontraram seu pai agonizando. Não sabendo o que fazer naquele momento, tomaram-lhe as mãos e rezaram juntos, enquanto um dos filhos buscou ajuda médica que não chegou a tempo. Os familiares encontravam-se inconformados com o falecimento do Sr. Pedro. Ao mesmo tempo, falavam que seu pai teve uma morte bonita, próxima de seus familiares, amigos e no local onde sempre gostaria de estar. Esses familiares foram visitados por esta enfermeira, após o falecimento do pai, tendo como meta acompanhar o enfrentamento da perda e processo do luto, apoiando e fornecendo informações solicitadas.

O outro paciente foi o Sr. João. Ao contrário do anterior, este tinha vontade de viver, de aproveitar a vida e fazia planos para o futuro. Era portador de adenocarcinoma gástrico em fase avançada e com metástase em quase todos os órgãos internos. Seus familiares não consentiram, em momento algum da doença, que o diagnóstico médico fosse revelado, alegando que seu pai não resistiria ao mesmo. Tinham esperanças de que o diagnóstico não fosse verdadeiro. O Sr. João relatava que *“tinha medo de morrer sozinho no hospital”* e *“pedia para ir embora para casa”*. Entretanto, devido a gravidade clínica, faleceu durante a madrugada, na UTI. Embora o Sr. João nunca tenha verbalizado e discutido sobre a sua finitude, o fato de ter verbalizado com certa insistência o desejo de *“retornar à casa”*, dava sinais/indícios da consciência de sua morte. Por isso, esta enfermeira sempre esteve atenta, apoiando e proporcionando aos familiares momentos de estarem juntos no hospital, e assim também, ajudar a minimizar o medo que tanto ele enfatizava, o de *“morrer sozinho”*.

Fui ao velório, conversei muito com seus familiares que se

encontravam tristes e desolados pela perda. Em vários momentos, as filhas questionavam se tinham agido corretamente em não revelar ao pai o verdadeiro diagnóstico médico, perguntando, de maneira insistente, com uma expressão de angústia no olhar e na face, demonstrando um sentimento de culpa. Após alguns momentos de reflexões juntas, pude sentir e confirmar que existia um grande sentimento de culpa por parte delas, culpas irreais, que não mudariam o prognóstico médico, caso ele soubesse o seu diagnóstico. Comentei que este sentimento de culpa é normal, dada as circunstâncias, o que importava agora, era elas trabalharem este sentimento.

Após o velório, realizei duas visitas; na primeira não foi possível encontrá-los, devido a mudança de residência. Após encontrar o seu novo endereço, realizei a visita, tendo como meta acompanhar o enfrentamento da perda e o processo de luto, principalmente quanto ao sentimento de culpa de seus familiares.

É sempre difícil enfrentar um paciente com um diagnóstico de tumor maligno, por exemplo, ou outro com prognóstico tão negativo quanto este, onde as chances de vida quase não existem. O simples fato de um paciente ser informado de que tem câncer, significa um estresse que ameaça fortemente a integridade de suas linhas de defesas, considerando que o câncer, segundo Sontang (1984) já o conscientiza de sua possível morte. Diante deste contexto, vivemos constantemente em um conflito profissional e pessoal: Como lhes revelar? Será que eles querem que seja revelado?... A questão não deveria ser se devo revelar ou não o diagnóstico, mas, como “dividir” isto com eles e com seus familiares, como bem coloca Kübler-Ross (1994). E continua: ao dividirmos com eles o diagnóstico, devemos deixar portas abertas à esperança, sobretudo relatar o avanço tecnológico já alcançado para o seu tratamento, cuidado e conforto. Cada paciente reage

diferentemente a tais notícias, dependendo quase sempre do estilo e do modo de vida pregressa. Porém, existem estágios em que as pessoas passam até a aceitar a sua real situação. Tais estágios são colocados como:

a) negação e isolamento: a negação, ou pelo menos a negação parcial, é usada por quase todos os pacientes, inclusive os familiares, ou nos primeiros estágios da doença ou logo após a constatação do diagnóstico, ou, às vezes, numa fase posterior. A negação e o isolamento funcionam como um pára-choque depois da notícia inesperada que deixa o paciente sujeito a recuperar-se com o tempo. A maioria dos pacientes não se servem da negação por muito tempo. Falar da morte ou do morrer com o paciente, neste, ou mesmo em outro estágio, deve ser feito com sensibilidade;

b) raiva: quando não é mais possível manter firme o primeiro estágio de negação, ele é substituído por sentimentos de raiva, de revolta, de inveja e de ressentimento;

c) barganha: é o menos conhecido, mas igualmente útil ao paciente, embora por um tempo muito curto. Se nos primeiros estágios não conseguimos enfrentar os tristes acontecimentos e nos revoltamos contra Deus e as pessoas, talvez agora possamos ser bem sucedidos, entrando em algum tipo de acordo que adie o desfecho inevitável;

d) depressão: quando o paciente em fase terminal não pode mais negar sua doença, podendo reagir de diversas maneiras, como depressão reativa e depois depressão preparatória, devendo serem tratadas diferentemente, e;

e) aceitação: corresponde ao momento em que as pessoas passam aceitar a sua morte. Muitas pessoas não conseguem atingir este estágio, chegando o fim de sua vida, sem ter tido tempo para o processo de aceitação da sua finitude (Kübler-Ross, 1994). Não, necessariamente, todas as pessoas deverão passar por estes estágios, nesta seqüência. Alguns deles, às vezes, passam despercebidos pelas pessoas, enquanto, para outras, são evidentes.

No caso dos pacientes citados anteriormente, algumas fases estavam bem evidenciadas, outras talvez não. Um fato a considerar foi que, não somente os pacientes apresentavam estas reações, mas também seus familiares, principalmente os familiares do **Sr. João**.

Mesmo sabendo que a morte é um processo natural a todos os seres vivos, nem sempre aceitamos e entendemos este processo, como relata Kübler-Ross (1994, p.17) “a morte constitui ainda um acontecimento medonho, pavoroso, um medo universal, mesmo sabendo que podemos dominá-lo em vários níveis.” Esta dominação poderá ocorrer de diversas maneiras, principalmente se tratando dos profissionais de saúde, que, incessantemente, buscam fórmulas mágicas para vencer a morte. Como coloca a autora, “morrer se torna um ato solitário e impessoal porque o paciente não raro é removido de seu ambiente familiar e levado às pressas para uma sala de emergência”. E, durante esta busca e ânsia de querer salvar a pessoa, muitas vezes esquecemos de dar à atenção ao ser humano que está sob os lençóis e cobertores, de dar a mão, de transmitir um sorriso, uma palavra de conforto, de escutar as sua angústias, medos e aflições, de responder ou prestar atenção às suas perguntas. Não querendo dizer que não devemos fazer tudo para salvar vidas, mas não devemos esquecer que estamos lidando com seres humanos e não com objetos de manipulação.

Com certa frequência, observou-se, junto aos idosos e aos familiares, crise do saber e a expectativa da morte, descrita por Glaser e Strauss e citado por Stedeford (1986), observada como sendo um conjunto de comportamentos e sentimentos denominados síndrome do vai-e-vem de pacientes que sofrem de doenças crônicas e daquelas que dependem da interferência da tecnologia médica para a sobrevivência. Muitas vezes os idosos e seus familiares, em meio ao estresse do estado de piora, já

antecedendo um fim próximo, como por encanto, após uma transfusão de sangue, um dado medicamento ou procedimentos médicos, o idoso sobrevive e melhora. Tais situações eram também vivenciadas com estresse, porque passavam a visualizar o futuro próximo com expectativas: do desejo de continuar e da possível piora do estado e do fim.

Conforme Kovacs (1992), tal observação é comum entre os pacientes que sofrem de fase adiantada do câncer, em função da evolução prolongada da doença e das interferências dos recursos médicos conferindo-lhe maior sobrevida.

• SAÚDE/BEM-ESTAR - DOENÇA

O conceito saúde/bem-estar - doença, integrante do marco conceitual, foi definido, neste estudo, como um “*continuum*” e não uma dicotomia de saúde e doença, sendo que a saúde se comparava a um estado de equilíbrio dinâmico do organismo do ser humano idoso e do seu familiar, estado reduzido, resultado do desequilíbrio orgânico temporário ou não. O estado de saúde/bem-estar dos idosos e familiar foi percebido como uma energia viva e dinâmica que se encontravam em constante interação com o ambiente circundante, ora se percebia equilibrada, ora em desequilíbrio, sendo que estas alterações dependiam sempre dos fatores estressantes que circundavam as linhas de defesa e o campo energético de cada pessoa. Conforme se encontravam fortalecidas as linhas de defesa do ser humano, os estressores ocasionavam danos orgânicos irrecuperáveis ou apenas passageiros. O exemplo abaixo ilustra esta percepção:

....Disfuncionalidade orgânica: cirrose hepática, DBPOC, adenocarcinoma gástrico, diarreia, cólicas abdominais, vômitos, anorexia, inapetência, febre, dispnéia, tosse produtiva. Gastrectomia

parcial, quadro infeccioso de abdome, abdome endurecido e globoso, PVC diminuída, taquipnéico, taquicárdico, sonolento, confuso..... morte (Sr. João).

.... AVC isquêmico, dependência física, hemiparesia, afasia, desvio da rima labial à direita, confusão mental, incontinência urinária, hipertensão arterial. Depressão, desejo de morrer..... morte (Sr. Pedro).

..... Hérnia inguinal encarcerada, ansiedade pela cirurgia, herniorrafia inguinal esquerda, acuidade visual e auditiva diminuída, dor no quadrante inferior esquerdo. Hipertensão arterial, seqüela de AVC isquêmico, dificuldade para a deambulação, afasia, desvio da rima labial, disfasia, arritmias cardíacas (Sr. Afonso).

.... Hipertensão arterial, ICC, sobrecarga ventricular, cardiomegalia, dor no tórax, espaçamento do intertúrculo pulmonar, dificuldade de respirar, tosse produtiva, vômitos, diminuição da acuidade auditiva (Sra. Regina).

.... Colite ulcerativa, diarréias, fraqueza, cólicas abdominais, emagrecimento. Depressão, nervosa, ansiosa, labilidade emocional (Sra. Ana).

.... Hipertensão arterial convergente, sudorese, palidez, taquicardia, tabagista e etilista (Luís).

.... Hipertensão arterial, nervosismo, irritabilidade, cefaléia, obesidade (Rosália).

.... Cistos ovarianos, ooforectomia, dor abdominal (Sônia).

Podemos associar a saúde com a qualidade de vida na qual o idoso chegou à velhice. O bem-estar, a boa qualidade de vida, a autonomia/independência no viver diário representavam sinônimos de ser saudável, na medida em que, cada vez, mais observamos pessoas idosas sofrendo de multipatologias e, entre estes, aqueles que vivem com satisfação

e autonomia. O bem-estar foi assegurado na medida do possível, ao retardar ou recuperar as incapacidades funcionais de invalidez social, tanto na autonomia mental, psicológica e social, como a deficiência cognitiva que foi preservada, ao estimular atividades físicas e intelectuais, como: dança, leitura, música, jardinagem, cozinha, marcenaria, entre outros..., até o momento em que eles se sentissem capazes de as realizar, como mostra o exemplo abaixo:

.... *Grau crescente de dependência para as atividades da vida diária*
(Sr. João) (Sr. Afonso).

.... *Grau de dependência para as atividades da vida diária* (Sr. Pedro).

.... *Independentes para as atividades da vida diária* (Sra. Regina)
(Sra. Ana).

.... *Possível alteração psicoafetiva* (Sr. João).

.... *Com alteração psicoafetiva* (Sr. Pedro).

.... *Sem alteração psicoafetiva* (Sra. Regina) (Sra. Ana).

.... *Freqüenta diariamente o CCI* (Sra. Regina).

.... *Realiza serviços de carpintaria e de pedreiro* (Sr. Afonso).

.... *Cuida do jardim e quintal de sua casa* (Sra. Regina) (Sra. Ana).

.... *Impossibilidade de cuidar da horta* (Sr. João).

Para entender a situação da população idosa, é necessário conhecer algumas características peculiares a que estes indivíduos estão sujeitos, principalmente no tocante à morbidade, mortalidade, multipatologias, fatores de risco, autonomia, deficiências e incapacidades, fragilização tão comuns desse estrato da população. Pode-se inferir que a velhice é, antes de mais nada, uma questão social (Waldow e Fichembruder, 1985), que a sociedade, através da participação de órgãos governamentais e não-governamentais poderá desenvolver e implementar recursos para maior participação do idoso

na comunidade.

É esperado que, com o envelhecimento, haja aumento da susceptibilidade às enfermidades crônicas e incapacidades que, por sua vez, aumentam a demanda aos serviços médicos e sociais. Esta realidade introduz tais problemas na política assistencial, através de programas nacionais e internacionais para o atendimento ao idoso. É imprescindível pôr em prática planos que incluam medidas específicas de promoção da saúde e prevenção das enfermidades da idade avançada. Mas, para que se possa pôr em prática estas ações, é necessário maior participação e interesse de todos, incluindo, principalmente, a conscientização da necessidade de se fazer mudanças de seus hábitos de vida.

A maioria dos autores, em seus estudos e pesquisas, referem, firmemente, que as pessoas devem mudar seus hábitos de vida para um envelhecer mais saudável. No entanto, para que ocorra esta mudança, faz-se necessário maior esclarecimento sobre o processo de envelhecimento e a importância de manter hábitos de vida saudável. Guidi e Moreira (1994, p.22) salientam esta condição com muita sabedoria, dizendo que “não existe remédio que faça rejuvenescer, mas atitudes que podem tornar a velhice mais saudável e agradável”. E dentro destes hábitos de vida saudável, pode-se destacar a nutrição adequada, atividades físicas, controle de doenças e várias outras características reveladoras do estilo de vida.

Conforme Williams (1985, p.33) “é necessário que os idosos mantenham um bom estado de saúde, o que inclui, em especial, um maior conhecimento do que constitui uma nutrição adequada para eles”. Acrescenta ainda que “estudos recentes revelam, por exemplo, que quando uma pessoa sedentária, com mais de 60 anos, toma parte de um programa regular de exercícios, seu rendimento cardíaco melhora e alcança níveis de lipídios no seu sangue mais favoráveis, analogamente dos que adultos mais jovens”. Então,

vários problemas de saúde e uma série de sinais de declínio poderão ser detectados e, conseqüentemente, o processo de envelhecer poderá ser postergado e amenizado, mas para que isto ocorra de maneira eficaz, é necessário usar as ações preventivas já na fase adulta e até mesmo na infância, mantendo hábitos de vida sadia, boa alimentação, boas condições sanitárias, exercícios, controle periódico de saúde, entre outras... E segundo Waldow (1987) esta educação à saúde, deveria ser iniciada em casa, no seio familiar ou nos primeiros anos escolares.

Para que se tenha hábitos de vida saudável é necessário uma política sócio-econômica adequada, na qual as pessoas possam usufruir de uma política de habitação; política de emprego; política de previdência e, principalmente, política de saúde, nutrição, saneamento, com vistas a enfrentar, sobretudo, as doenças da pobreza (Demo, 1994). No entanto, a realidade do idoso é outra, após anos de vida útil, contribuindo para o desenvolvimento da sociedade, perde seu espaço com a sua aposentadoria. A miséria, no fim da vida, traz à tona dois fatos inquestionáveis: a desigualdade na vida e, portanto, na morte e a impossibilidade das políticas públicas darem conta da questão da velhice em toda a sua complexidade (Haddad, 1993).

A questão das políticas públicas e a sua operacionalização quanto à impossibilidade de assistir ao grande número de idosos, não somente pelo número crescente de aposentados, mas, principalmente, devido às morbidades dependentes da idade ou relacionadas com a idade, confere com que Litvak (1990, p.02) coloca que “algumas enfermidades que dependem da idade, e aquela cuja frequência aumenta inevitavelmente com o envelhecimento, constitui um desafio especial para os governantes e provedores do serviço de saúde”.

No Brasil, a situação de saúde da população está passando da

condição caracterizada por doenças infecciosas, para a de problemas crônicos de saúde. Segundo Ribeiro apud Trentini et al (1990,p.18), “na década de 30, o índice de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias foi de 45,7% do total de óbitos e por doenças cardiovasculares foi de 11,8%, nas capitais brasileiras; e em 1980, o índice das infecciosas e parasitárias diminuiu para 11,4% e o das cardiovasculares e diabete aumentou para 38,8%”. O Jornal “A Folha de São Paulo”, do dia 12 de maio/96, em seu artigo “Prevenção funciona em cidades do país” (p.8), enriquece estes dados, quando mostra um quadro comparativo do ano de 1994 e 1995, quanto ao número de internações e óbitos registrados nos hospitais públicos do País. Neste quadro, percebe-se que o número de internações diminuiu em 1995, em 27% com relação a 1994, colocado também que a incidência de mortalidade em 1995 permaneceu nas doenças do aparelho circulatório, seguida da doença do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias.

Observa-se, com estes dados estatísticos, que a situação brasileira, quanto ao índice de mortalidade adulta, não difere das demais. Um dos fatores que favorecem este aumento são as doenças crônicas. Embora elas tenham um caráter de permanência, nem todas são fatais ou desencadeadoras de maiores males, quando controladas.

Conforme a OMS (1984, p.43), “a maioria dos estudos de prevalência confirmam que as enfermidades cardiovasculares, a hipertensão arterial, a osteoartrite, câncer e a diabete são diagnósticos mais comuns nos hospitais”. Porém, dos casos agudos, poucas informações se tem. Coloca também que uma das moléstias que acompanha o idoso é a falta do controle esfinteriano, principalmente a incontinência urinária, podendo ocasionar problemas médicos e psicológicos, bem como os problemas dos pés e veias varicosas. Segundo Williams (1985, p.33) “outro problema clínico freqüente nas pessoas idosas é a redução

dos movimentos que provoca: quedas e fraturas do quadril”. Ainda acrescenta que, nos EUA, mais de 16 milhões de pessoas adoecem por osteoartrite e entre 15 a 20 milhões de osteoporose, aumentando o risco de fraturas, por quedas.

A OMS (1984, p.46) relata que “as enfermidades crônicas tem diferentes conseqüências para as distintas pessoas de distintas idades em termo de incapacidade, o peso da enfermidade crônica e a incapacidade sobre a população pode ser melhor avaliado, pela possibilidade que as pessoas têm, sozinhas, ou com ajuda, para executar as atividades da vida diária, sendo que as limitações de uma ou mais destas funções, aumentam com a idade”.

As pessoas em condições crônicas de saúde que não seguem o tratamento e ou negligenciam os cuidados necessários podem provocar situações agudas que, na maioria das vezes, necessitam de internações hospitalares. As doenças, por mais insignificantes que pareçam, requerem da pessoa afetada, mudanças em seus hábitos e estilo de vida, pois as doenças crônicas requerem mudanças permanentes e quase sempre repentinas, modificando as atividades da vida diária (Trentini et al, 1990).

Em vista de toda esta problemática, órgãos internacionais como a OPAS/OMS, estão preocupados em adotar políticas que auxiliem no atendimento ao idoso, no futuro, pois (Warner, 1991) tem anunciado como ação prioritária para o ano 2000, a atenção aos idosos, avaliando-se a situação dos países, adotando-se políticas para a prestação de serviços públicos aos problemas da população idosa; desenvolvendo-se ainda, atenção integral aos idosos como meta dos serviços gerais de saúde, e através de programas de atenção comunitária e recursos humanos. De forma mais clara, a OMS apud Warner (1991, p.205) tem divulgado os objetivos dos seus serviços de atenção ao idoso da seguinte forma: “evitar a perda desnecessária da capacidade funcional; manter a qualidade de vida; manter os idosos em

seus lares, se assim o desejar, proporcionar apoio às famílias dos idosos; proporcionar uma atenção de boa qualidade de vida a longo prazo; ajudar os idosos a ter tanto uma boa morte como uma boa vida, mediante uma atenção terminal e adequada”.

Esta proposta, certamente, estimularia a capacidade de autonomia e independência do idoso, ou seja, de poder eleger a si mesmo as regras de sua conduta, de ter em seu poder a orientação de seus atos e os riscos que possam ocorrer. Desta forma, possibilitarão a realização das suas principais atividades da vida diária, reduzindo as incapacidades e deficiências físicas, funcionais e psicológicas do idoso, diminuindo, inclusive, o índice de morbidade e mortalidade adulta que são elevados devido, principalmente, às doenças crônicas.

Mesmo com o incentivo de ações governamentais e não governamentais (ONG'S) para se manter o idoso o maior tempo possível em sua comunidade, estimulando as suas capacidades físicas, psicológicas e funcionais, não podemos esquecer que a pessoa idosa está sujeita a ter algum tipo de afeição, crônica ou não, fazendo-nos refletir que poderá morrer a qualquer momento, não que a morte seja um fato específico a estas pessoas. No entanto, ao tratarmos de idosos fragilizados, estamos sujeitos à presenciar este momento.

No entanto, sugiro a possibilidade de a sociedade se organizar, através das ONG'S, no sentido de resolver os problemas da infância, da maternidade, da adolescência, do pequeno agricultor e dos idosos, inclusive.

A organização das ONG'S para a solução dos problemas das pessoas envelhescente é de suma importância para a sociedade, haja vista o envelhecimento populacional previsto para as próximas décadas. Estas, deverão ser formadas de pessoas idosas aposentadas ainda ativas em sua comunidade, da qual, elas, posteriormente, poderão atuar no cuidado dos

idosos mais dependentes, resolvendo, assim, dois problemas: um de ocupar melhor os idosos ativos, e outro de ajudar os idosos mais necessitados.

• CIDADANIA

Neste estudo, a cidadania foi definida como o próprio direito à vida no sentido pleno da palavra, bem como o direito de ter uma vida com qualidade, sem qualquer tipo de discriminação. Além disso, a cidadania foi vista como o direito do paciente e do familiar de obterem informações sobre o seu processo saúde/doença e de tomarem decisões sobre a sua própria pessoa.

O conceito de cidadania aqui posto, incluso no marco conceitual adotado, serviu tão somente para não perder de vista o direcionamento da prática assistencial de enfermagem, no resgate da cidadania dos idosos e de seus respectivos familiares. Muitas das situações encontradas neste estudo representaram o desrespeito e desconsideração aos direitos dos pacientes idosos e de seus familiares, com relação à obtenção de informações. Ser atendido dignamente nos serviços de saúde, seja no hospital ou no ambulatório e nas diferentes instâncias de atendimento de seguro de saúde. Estas situações foram enfrentadas com muita dificuldade pela enfermeira que, a todo momento, procurava encontrar soluções para cada nova situação que emergia. Tais dificuldades provinham, sobretudo, de normas administrativas rígidas da instituição e dos procedimentos pouco profissionais dos prestadores de serviço. A discriminação social foi observada, principalmente dentro da instituição hospitalar, haja vista que os familiares dos idosos só poderiam realizar a visita no horário estipulado pela instituição, das 14:00 às 15:00 horas, o qual, muitas vezes, coincidia com a

jornada de trabalho dos familiares, tendo estes de sair de seus serviços, fora do horário regulamentar. A discriminação social ficou evidente, porque o horário de visita era relativo apenas aos pacientes internados pelos SUS, pois, aos internados por outros convênios privados ou particulares, a visita, era liberada das 07:00 até as 22:00 horas. Tornando estas situações fonte estressora para o idoso e familiares. Vale ressaltar que estas situações foram comuns a quase todos os idosos e familiares assistidos, conforme registro abaixo:

.... *Cuidados de enfermagem inadequados (Sra. Ana) (Sr. Pedro) (Sr. João) (Sr. Afonso).*

.... *Não recebe informações precisas sobre a sua evolução e tratamento (Sra. Regina).*

.... *Não confia mais em seu médico ao sentir descredito às suas queixas (Sra. Regina).*

.... *Dificuldade de acesso no hospital, fora do horário rotineiro de visita (Sr. Pedro) (Sr. João) (Sr. Afonso).*

.... *Dificuldade de diálogo com o médico (Sr. Pedro).*

.... *Dados registrados no prontuário, pouco esclarecedores (Sr. João).*

.... *Dificuldade de diálogo com a chefia do setor, durante a segunda internação (Sr. João).*

Saupe (1992, p.3), ao apresentar sua pesquisa junto ao enfermeiro-docente cidadão, comenta sobre cidadania política destacando que “a extensão do direito de cidadania, cuja tendência atual é a universalização, é considerada uma das principais questões políticas enfrentadas pelos estados modernos, e sua discussão já envolve a distinção entre discriminações consideradas razoáveis, como as que definem os menores, os alienados e os estrangeiros como aqueles sem condições de exercerem esta cidadania política, e aquelas não aceitas como razoáveis e que incluem, por exemplo, os

analfabetos”. Através destas colocações, podemos dizer que os idosos provavelmente estariam na categoria de discriminações não razoáveis. Conforme Saupe (1997)³ “Porém, hoje, a questão da universalização, do conceito de cidadania, refere que todo mundo é cidadão, independente de qualquer coisa, em questão aos “direitos”, mas não em relação ao “deveres”. Não se pode atribuir “dever” às pessoas alienadas, às pessoas com retardamento mental, ao idoso com demências, entre outros... Não se pode exigir que eles exerçam a cidadania, de “direito e dever”, é um cidadão de “direito”, mas não é um cidadão de “dever”. O cidadão do “direito e do dever” é aquele que representa cidadão só de “direito”, como, por exemplo: os familiares dos idosos demenciados, os pais representando os filhos com retardamento mental...”

À medida que a pessoa envelhece e perde a capacidade de desenvolver as suas atividades da vida diária, tornando-se dependente para os cuidados das necessidades básicas, deixa de ter “deveres” de cidadão, mas jamais deixa de ter “direitos” de cidadão.

Por isso, os idosos e seus familiares devem se esforçar para exercerem a sua cidadania, estejam onde estiverem, no hospital, no domicílio, na comunidade ou em qualquer contexto da assistência à vida e à saúde. No hospital, além dos direitos garantidos pelo Código de Ética Médica (Gauderer, 1993) e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1993), o idoso pode contar com o Direito do Paciente Hospitalizado (Gauderer, 1993) não divulgados para os pacientes nem para os familiares. A omissão dos direitos permite o abuso, a subjugação, o domínio, a exploração e a estagnação. A informação e o conhecimento cria, permite e perpetua relações democráticas, aberta e flexíveis. O paciente tem o direito de saber tudo sobre a sua saúde e seu corpo. Conforme Gauderer (1993, p.12) “o indivíduo não tem apenas o direito de saber tudo sobre a sua saúde e seu corpo, e sim a obrigação, o dever de se cuidar através da educação para a vida e saúde”.

³. Fala proferida pela Dra. Rosita Saupe, na banca de defesa desta dissertação de mestrado.

A educação em saúde é um direito de cidadania, como é o direito à saúde. O direito a saúde segundo Dalari (1988, p.59) “privilegia a igualdade”, na qual as limitações aos comportamentos humanos são postos exatamente para que todos possam usufruir igualmente as vantagens da vida em sociedade. No entanto, a qualidade da assistência à saúde depende, igualmente, do estágio de desenvolvimento do Estado. O mesmo autor (p.59) afirma que “apenas o Estado que tiver o seu direito ao desenvolvimento reconhecido poderá garantir as mesmas medidas de proteção e iguais cuidados para a recuperação da saúde de seu povo”, significando que, se o Estado for desenvolvido, desenvolvido será também a assistência à saúde. Porém, vive-se num país em desenvolvimento, com poucos recursos econômicos e tecnológicos. Conseqüentemente, com muitos problemas na saúde. Enquanto esta situação permear pela necessidade de reconhecimento do direito do Estado ao desenvolvimento, é cada vez mais difícil a garantia da saúde. No entanto, Dalari (1988, p.59) fala que “os direitos à saúde será ou não garantido conforme a participação dos indivíduos no processo”.

Nessa prática assistencial de enfermagem, procurou-se sempre, e na medida do possível, manter a estabilidade e integridade das linhas de defesas do idoso e familiar, intervindo sobre os estressores identificados, visando o resgate da cidadania, mesmo que a nível individual, como é exemplificado a seguir:

.... Conseguir, junto à chefia do setor, autorização aos familiares para acesso fora do horário estipulado pela instituição, a fim de restabelecer as linhas de defesas (Sr. João) (Sr. Pedro).

.... Dialogar com o(s) médico(s) assistente(s), sobre as condições de saúde e tratamento do paciente, juntamente com os seus familiares (Sr. João) (Sr. Pedro) (Sra. Regina) (Sr. Afonso) (Sra. Ana).

.... Proporcionar momentos de aproximação entre o idoso/

familiares e chefia do setor, esclarecendo, principalmente à chefia do setor, toda a trajetória conflituosa do Sr. João no hospital, para que, juntos, alcancem fortalecimento de suas linhas de defesas (Sr. João).

.... Ouvir/discutir com os familiares a respeito da decisão de não revelar o diagnóstico de câncer à seu pai, e encontrar em conjunto condutas razoáveis de enfrentar a realidade para facilitar a reconstituição/fortalecimento das linhas de defesa (Sr. João).

No que refere ao direito de autonomia quanto aos cuidados de enfermagem, do idoso institucionalizado ou não, Menezes et al (1996) relatam que “deve ser mantida a abertura de espaço para que o idoso em gozo de suas faculdades mentais tenham o direito: de receber orientações, de emitir opiniões, de escolher e decidir, de consentir e recusar, de pedir ajuda, de ter privacidade e de participar”. E todos estes direitos devem ser concedidos às pessoas idosas e famílias livres de ameaças e represálias. Na prática, existem muitos fatores que interferem no exercício da cidadania. Estes fatores podem estar ligados às normas institucionais, sociais e até familiares. A discriminação e o preconceito contra a idade podem não estar escritos, mas se fazem sentir no cotidiano desses idosos e familiares como: no momento de marcar uma consulta médica; no drama da família para conseguir um leito hospitalar; uma ambulância para o transporte; uma visita domiciliar e até mesmo em um atestado de óbito. Parece inacreditável que isto ainda aconteça, mas é a nossa realidade cotidiana. As mesmas autoras relatam (p.4) que, “quando não há recursos suficientes para todos, entre o jovem e o velho a prioridade de atendimento é do jovem porque o idoso já cumpriu sua missão e não produz mais socialmente”. Ainda as mesmas autoras (p.4) colocam que a “enfermagem deve estar comprometida também com desafio de fazer valer de fato o princípio de justiça na assistência a ser prestada aos idosos, não só sob o ponto de vista moral ou social, mas, principalmente, do agir e do fazer. Agir e fazer em todas as dimensões da assistência cotidiana, respeitando o idoso a sua

singularidade de pessoa humana com os mesmos direitos à assistência médico social, sem ter que ouvir que a prioridade é dos mais jovens ou dos potencialmente recuperáveis; ser atendido justamente sem considerar a idade, a religião, a cor, a raça, o estado civil, a condição sócio-econômica, o grau de instrução, a ocupação, entre outras”.

Acredito que a enfermagem pode e deve estar comprometida com os princípios éticos de equidade, não apenas ao indivíduo idoso, mas a todos os indivíduos, independente de sua estratificação social. Porém, a população idosa necessita mais do que promessas e discursos moralistas. Ela necessita, sim, de uma sociedade e de uma política pública e social mais justa, efetiva, solidária e responsável.

Destaco, ainda, o pensamento de Menezes et al (1996, p.5) que afirma: “é quase certo que no futuro, com os avanços da ciência, a expectativa de vida do ser humano cresça muito mais, logo, as repercussões desse acontecimento são incalculáveis com relação à demografia. No entanto, é preciso lembrar que não basta prolongar a vida, é imprescindível que se invista maciçamente nas políticas sociais e econômicas afim de combater a miséria, a fome, a ignorância, a violência e as enfermidades, principalmente nas doenças crônicas e mentais que a cada dia se desvelam nas formas mais diversificadas de violência que vão desde a omissão à autodestruição”.

Cabe, então, à enfermeira e demais profissionais da área gerontologica, não poupar esforços no sentido de atuar em programas de prevenção, promoção, orientação, reabilitação da saúde, na ajuda e apoio das atividades da vida diária da população idosa, vislumbrando horizontes de um viver condigno na velhice de todos os idosos em futuro próximo.

Outro ponto importante observado no estudo diz respeito às condições mínimas básicas de vida familiar, como: moradia, alimentação, vestuário, educação, trabalho, lazer, entre outros... Todos os idosos assistidos apresentavam uma situação sócio-econômica precária. No

entanto, nenhum deles foi tão carente que não possua condições de alimentação e vestuário, considerando que a alimentação básica era realizada, talvez, não dentro dos padrões adequados, mas em nenhum momento relataram passar fome. O vestuário era simples, a maioria das vezes suas roupas eram de doações de outrem, mas, após pequenas adaptações, serviam para vestir. Quanto à educação, todos os familiares, principalmente os netos dos idosos, freqüentaram colégios públicos próximos a sua casa. A maioria dos idosos e familiares possuíam o primeiro grau completo, outros eram analfabetos. Quanto ao trabalho e lazer, todos os idosos eram aposentados e não realizavam nenhuma atividade de trabalho, exceto o Sr. Afonso que, eventualmente, exercia atividades de carpinteiro e de pedreiro. As atividades de lazer também foram observadas, dependendo das condições individuais de cada um, como seguem:

.... *O cultivo da horta (Sr. João) (Sr. Afonso).*

.... *O cuidado com o jardim (Sra. Ana) (Sra. Regina)*

.... *A participação no Centro de Convivência do Idoso (Sra. Regina)*

.... *A visita aos filhos (Sra. Ana).*

Em todos os momentos do desenvolvimento desta prática assistencial, a enfermeira, juntamente com os idosos e seus familiares, procuravam, por meio da educação, a conscientização da importância de busca criativa, por si mesmos, da sua emancipação social com a da comunidade, em busca de recursos e suportes para uma vida melhor a todos de sua comunidade. Assim, foi incentivado que usassem mais os recursos de que a comunidade dispõem. Exemplo disso, temos:

.... *Discutir com os familiares a possibilidade de conseguir com os outros moradores a implementação de uma "associação de moradores", a fim de reivindicar os seus direitos de cidadão, quanto as condições de*

habitação do bairro (Sr. João) (Sr. Pedro) (Sr. Afonso).

.... Proporcionar e incentivar para que busquem os recursos da comunidade, utilizando mais o posto de saúde de seu bairro (Sr. João) (Sra. Ana) (Luís) (Rosália) (Sr. Pedro) (Sr. Afonso).

....Levar ao conhecimento e discutir as novas determinações do Planos e Ações Governamentais de Assistência Social ao Idoso do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social (Sra. Regina) (Sra. Ana) (Sr. Afonso).

.... Esclarecer que todo o cidadão tem direito a assistência médico hospitalar pelo SUS, fornecendo inclusive folhetos explicativos (Sra. Regina) (Sra. Ana) (Sr. Afonso) (Sr. João) (Sr. Pedro).

.... Conversar com o idoso e seus familiares, sobre os seus direitos de serem atendidos em qualquer segmento da assistência social e de saúde, independente de sua condição (Sra. Regina) (Sra. Ana) (Sr. Afonso) (Sr. João) (Sr. Pedro).

Menezes et al (1996, p.4) ainda lembram as grandes dificuldades e injustiças que são cometidas contra os idosos sob o ponto de vista das políticas sociais e econômicas, de saúde, habitação, trabalho e aposentadoria. No que diz respeito à saúde, é citado um exemplo pelas autoras, “há falta de recursos assistenciais, como: leitos hospitalares, medicamentos, equipamentos médicos hospitalares e recursos humanos disponíveis para assisti-lo”. Isto tudo são amostras suficientes da violação desses direitos. No entanto, os direitos, ou seja, o exercício da cidadania, somente serão conquistados através da educação e participação coletivas, mas, para que isso possa acontecer, é necessário uma consciência política, luta por uma equidade social.

Em todas as sociedades existem grupos populacionais que não se auto-sustentam, cabendo ao Estado, sobretudo, a obrigação de assistência.

Direito à assistência faz parte da democracia e da cidadania. A constituição incorporou, entre os direitos sociais, também o direito à assistência, englobado no conceito de seguridade social - saúde, previdência e assistência (Demo, 1994).

No entanto, não devemos confundir assistência com assistencialismo. Enquanto o assistencialismo é estratégia das desigualdades sociais, a assistência corresponde a um direito humano, cabendo ao Estado cumprir adequadamente este dever, sobretudo não rebaixar assistência a assistencialismo. Segundo Demo (1994, p.31) “a meta da assistência é assistir, obviamente, mas, sempre que possível, deve-se assistir de tal forma que se favoreçam atividades de produção e participação”.

Dentro deste grupo que necessita de assistência, podemos encontrar o idoso em condições sociais precárias, quando seria esperado, que os mesmos não se preocupassem com a sua auto-sustentação, via aposentadoria, após anos de vida útil. Na realidade, porém, muitos deles necessitam trabalhar para completarem a aposentadoria, para colaborarem no orçamento doméstico, ou em outra situação. Precisam ser mantidos por outrem, já que não podem mais dedicar-se a tarefas produtivas (Demo, 1994), existindo assim, a violação dos direitos sociais, através da estratificação das classes sociais, porque o idoso, certamente, que contribuiu para o desenvolvimento da atual sociedade, hoje passa a ser relegado pela mesma sociedade que ele ajudou a construir, necessitando, muitas vezes, mendigar para sobreviver. Porém, acredito que, se houver uma política participativa, mudanças deverão ocorrer.

Voltando a Menezes et al (1996, p.3) elas dizem que ao, “analisar detidamente o princípio da autonomia, e correlacionando com o direito do idoso em exercê-lo, somos surpreendidos por uma série de restrições impostas a muitos idosos no seu direito

de se auto governar, escolher, decidir e avaliar. Não é raro ouvir frases que rotulam os idosos de pessoas que já não sabem o que pensam, o que dizem, o que querem e o que fazem. Como se não bastasse o natural processo de involução biológica, conduzindo à maior fragilidade e vulnerabilidade física e emocional, os idosos são destituídos do poder de decisão, privados de ocupar um espaço físico próprio, do direito da escolha, da liberdade de expressão, do direito à saúde, enfim, do direito de envelhecer saudável e com dignidade de cidadão”. Tal atitude de cassação dos direitos do idoso não se passa apenas na sociedade, mas também no meio familiar e nas instituições de assistência, onde ele é visto como um Ser governado e não como Ser governante. Isto leva os profissionais a repensarem suas atitudes, seus valores com relação à velhice, o envelhecimento e a pessoa velha sob pena de não funcionar como um facilitador/mediador do resgate da cidadania pelos idosos e seus familiares.

Após analisar os conceitos adotados no marco conceitual, analisou-se, também, a pertinência das relações observadas desses conceitos na prática, principalmente quanto aos conceitos da teoria de Betty Neuman com o conceito de cidadania e a educação participativa.

A interrelação dos conceitos **ser humano idoso e seu familiar** com os conceitos de **ambiente, saúde/bem-estar - doença** e de **enfermagem** se apresentou de uma forma constante na aplicação prática do modelo de Neuman, neste estudo. Os conceitos explicitados em suas diferentes dimensões, tais como as ações de prevenção primária, secundária e terciária, as quais compreendem a assistência de enfermagem integral, abrigaram as uniões gerais necessárias para a compreensão da relação entre os conceitos envolvidos no modelo.

Entretanto, George (1993) faz críticas ao modelo em algumas áreas de conceitos que precisam de esclarecimento em suas definições. Entre os

exemplos, incluem-se o significado dos **ambientes** interno e externo e nas relações com os estressores. Outra área é o significado específico do **bem-estar** e as variações, classificando-as em níveis de bem-estar. O conceito de reconstituição (avaliação), utilizado no modelo, não está nem definido e nem explorado. Porém, estas indefinições não interferiram no desenvolvimento desta prática, porque os conceitos adotados do marco conceitual, neste estudo, foram previamente definidos, imprimindo uma harmonia entre os mesmos. A reconstituição foi observada, a partir dos resultados do planejamento e implementação dos cuidados de enfermagem.

George (1993) critica, ainda, sobre a questão filosófica que não tem suporte neste modelo, ou seja, envolve o componente teórico, na qual Neuman considera a “pessoa” como um sistema aberto, havendo pouco embasamento para esta concepção em sua teoria que não a afirmativa de que o homem se adapta ao ambiente, e o ambiente adapta-se à ele, pois o foco primário está no homem, “*pessoa total*”, que é capaz de absorver os estressores do ambiente.

Durante toda esta prática assistencial, o **ser humano**, esteve em constante interação com o seu **ambiente**, e este **ambiente** também esteve em interação constante com o **ser humano**, ocorrendo uma troca contínua de energia. Esta interrelação, ocorreu de forma positiva ou negativa. Conforme alguns exemplos:

.....Dificuldade de diálogo e relacionamento com a chefia do setor, durante a segunda hospitalização (Sr. João).

.....Dificuldade de acesso no hospital, fora do horário estipulado pela instituição, necessitando os familiares ausentarem-se de seus empregos, fora do horário previsto, para realizar a visita ao pai (Maria, Luís, Rosa e Nádia) (Iracema, Rosália e Iara) (Antônia e Ieda).

.....Gosta da casa onde mora, diz que é grande e espaçosa (Sr.

João).

..... *Relata com carinho do jardim cultivado por ela (Sra. Ana).*

Mas George (1993), também enaltece o modelo de Betty Neuman, dizendo ser bastante simples e direto, em sua abordagem, com termos facilmente identificáveis e, na maioria com definições amplamente aceitas. Um inconveniente potencial, em relação à simplicidade, é o modelo diagramado, uma vez que ele apresenta diversas variáveis e tende a ser algo que assusta quem o examina. Esse modelo passa a ser complexo com a especificação dos múltiplos componentes e das múltiplas relações. Tal complexidade aumenta a dificuldade de lidar-se com o modelo ou de avaliar os efeitos do modelo na prática de enfermagem. O modelo identifica os componentes, sem especificar a natureza das relações entre eles, o que causa algumas dificuldades no uso funcional do mesmo.

A teoria de Betty Neuman e os conceitos de cidadania e educação participativa, incluídos no marco conceitual para esta prática de enfermagem, foram extremamente significativos. A aplicação desses conceitos foi facilitada devido à natureza "*multidimensional*" e "*aberta*" (Marriner, 1986) do modelo de Neuman, que favoreceu a inserção de outros conceitos ou definições mais avançadas, de acordo com a nossa necessidade e com o nosso tempo, como, por exemplo, o conceito de cidadania pela educação participativa, incluído neste estudo.

O resgate da cidadania permeou todo o processo de enfermagem, tornando-se o marco significativo para a reconstituição das linhas de defesas de todo o sistema do **ser humano idoso e de seu familiar** de modo mais consistente e duradouro. Para que fosse possível exercitar o resgate da **cidadania**, foi necessário uma educação participativa, obtida através da participação efetiva e direta dos envolvidos no processo. O processo

educativo, esteve constantemente embutido na prática assistencial, possibilitando a transformação da realidade de forma crítica e criativa. Este processo educativo veio ao encontro da teoria de Neuman, haja vista que a referida teoria destaca a necessidade de “orientar e educar” (Marriner, 1986), sem explicar como desenvolver este processo educativo, pois o desenvolvimento desta prática educativa deu-se a partir do pensamento de Saviani e Paulo Freire, os quais defendem uma educação participativa e transformadora.

Através da educação participativa e transformadora de Paulo Freire, foi possível uma maior interrelação do SABER “popular” do idoso e de seus familiares, com o SABER “técnico-científico” da enfermeira. Sendo que o SABER do idoso e de seus familiares em momento algum foi desconsiderado, mas sim respeitado, renegociado e repadronizado. A partir da ciência destes conhecimentos, ocorria ou não o processo de transformação.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo que ora se finda teve como objetivo principal desenvolver uma prática assistencial de enfermagem à pessoa idosa e a seu familiar, baseada na teoria de Betty Neuman, com vistas ao resgate da sua cidadania.

No entanto, para que fosse possível desenvolver esta prática assistencial de enfermagem, foi necessário, primeiramente, organizar um marco conceitual com base em alguns conceitos da teoria de Neuman e o de cidadania, para então adaptar o processo de enfermagem ao marco conceitual e, posteriormente, implementar este processo de enfermagem junto à pessoa idosa e a seu familiar. Por último, foi feita avaliação do marco conceitual adotado.

À medida que o estudo avançava e os resultados emergiam, pôde-se comprovar que a construção do marco conceitual adotado foi adequada para direcionar a assistência de enfermagem à pessoa idosa fragilizada e de seu familiar, possibilitando desenvolver uma assistência integral, comprometida com o ser humano na sua integralidade. Que segundo Monticelli (1994, p.246) “é neste jogo de transformar as práticas da vida em abstrações conceituais e de transformar as abstrações conceituais em práticas da vida que desafiamos a aridez dos conceitos e conseguimos criar teoria e prática concomitantes para pensar e agir na vida cotidiana”.

Desta maneira, implementar o processo de enfermagem, tendo o marco conceitual incorporado, permitiu a compreensão do ser humano (idoso e seu familiar), enquanto participe deste estudo, como sendo uma pessoa dinâmica, sensível, única, vista num sistema aberto em interface com o ambiente (hospital/domicílio) e, portanto, sujeito à interferência de vários estressores ambientais, vistos de natureza intrapessoal, interpessoal ou

extrapessoal, para os quais ocorreram reações/respostas diversas, como: angústia, choro, alegria, depressão, compreensão, esperança, entre outras... O contato direto com estas pessoas possibilitou-me compartilhar e vivenciar momentos singulares para os quais pude, a partir de então, conscientizar-me da necessidade de estar, verdadeiramente, com o outro. Ouvindo aquilo, que não era dito verbalmente, enxergando o que não se via no primeiro olhar e percebendo melhor o que o idoso e seu familiar tinham a nos transmitir, fosse a dor, o medo, o sofrimento, a tensão, a incompreensão ou a esperança, os quais por serem dados subjetivos, muitas vezes não eram identificados facilmente por mim.

A partir dos anseios, questionamentos e estresses identificados da pessoa idosa fragilizada e de seu familiar, a enfermeira planejava as ações de enfermagem, de modo ético e educativo, possibilitando uma assistência integral, ou seja, percebido, não apenas, no seu aspecto biológico, mas em sua totalidade, preservando e respeitando a sua integridade de “*pessoa total*”, durante todo o compartilhar do processo de enfermagem. A participação efetiva do idoso fragilizado e de seu familiar, durante todo o processo assistencial, foi de grande importância, haja vista a troca constante de conhecimentos entre eles e a enfermeira.

Um dos pontos significativos durante esta prática assistencial de enfermagem, diz respeito ao exercício da cidadania do ser idoso fragilizado e de seu familiar, os quais em alguns momentos desconheciam ou não tinham forças para requererem os seus direitos, principalmente aqueles relacionados com o ambiente hospitalar (*acesso ao hospital fora do horário estipulado, falta de informações e assistência de qualidade*), desconhecimento de rede de apoio em sua comunidade (*atendimento de saúde, através do posto de saúde*) e a falta de infra-estrutura pública

(*saneamento básico, calçamento, iluminação pública...*). A omissão dos direitos, permite o abuso, a subjugação, o domínio, a exploração e a estagnação. Segundo Demo (1994, p.30) “o que o estado oferece ao cidadão - oferece não, pois é devido - chega sem quantidade e sem qualidade: é a previdência que trata o previdenciário como mal necessário, gasta astronomicamente mais que o normal, motiva cadeia infinita de fraudes no atendimento médico e na concessão dos benefícios, rebaixa a qualidade dos serviços, desconhece que os benefícios foram comprados, pelos que não são favores....” Coloca também que não é somente o sistema previdenciário que é manipulado pelo Estado, mas sim todos os demais serviços públicos.

A informação e o conhecimento destes direitos, ponto importante nesta prática assistencial, cria, permite e perpetua relações democráticas, abertas e flexíveis, que, foram conseguidos através de um processo participativo de educação em saúde, na qual o idoso e seu familiar participaram de forma efetiva durante todo este processo, sentindo-se capazes de transformar uma realidade encontrada através de reivindicações e de diálogos. Demo (1994) coloca que a conscientização política da injustiça social, pode ser conseguida através de um processo educativo de longo prazo, com perspectiva geracional, e que (p.25) “a organização política é, na verdade, o primeiro canal de participação, seja a nível de aglutinação de interesses (grupos de interesse), seja ao nível da composição localizada (comunidades)”. A participação, sendo um processo de conquista, é mais que natural seu começo imperfeito e moroso.

O resgate e o exercício da cidadania dizem respeito à qualidade política alcançada, sendo que a qualidade política, segundo Demo (1994, p.40) “é aquela que trata dos conteúdos da vida humana e sua perfeição. É a arte de viver. Refere-se ao relacionamento do homem com a natureza, através, sobretudo, do trabalho e da tecnologia que são formas humanas de intervenção, onde assoma o horizonte ideológico

e prático, inevitavelmente. Refere-se, igualmente, ao relacionamento do homem com o homem, no interior do fenômeno do poder: o que ele faz de si mesmo, dadas as circunstâncias objetivas”.

Ainda o mesmo autor (p.41) coloca que qualidade política “é aquela que o homem se sente ator e criador de si mesmo”.

À medida que se solidifica o caminho da cidadania, emerge a reação saudável contra a tutela, que é, no fundo, o cerne de todo o processo educativo, no qual educar não é produzir discípulos, cúmplices, mas outros educadores, de cuja capacidade de autonomia se nutrem para serem educadores.

Este estudo não pretende trazer receitas e soluções à assistência de enfermagem ao idoso fragilizado e de seus familiares, mas apresentar mais uma alternativa de assistência integral ao ser humano, da qual apresenta-se aqui um fragmento de uma construção teórica, por isso mesmo passível de ser rejeitada e criticada, mas que, para mim, é um alento de que cumpri os objetivos anteriormente propostos, com dignidade, equidade, fidelidade, respeito e carinho, demonstrandos em meus registros.

Sugiro, então, que o modelo de sistema de Betty Neuman seja aplicado em outras áreas da enfermagem, como: na educação, na administração e em práticas assistências com grupos ou comunidades, e que o tema cidadania seja amplamente discutido em todos os segmentos da assistência social e de saúde, e que o ensino de graduação em enfermagem aborde, em seu currículo, o conteúdo referente aos problemas e aos cuidados com as pessoas envelhescentes.

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

01. ALVAREZ, Angela M.; GONÇALVES, Lúcia H.T.; STEVENSON, Joanne. O cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. In: Iº Jornada brasileira de enfermagem geriátrica e gerontológica. Florianópolis, 1996 (no prelo).
02. ALVES, Elioenai Dornelles. Origens do Modelo de Betty Neuman. [199_], 8p.(mimeo).
03. BENOIST, Daniel. Como definir la dependencia en los ancianos. In: Centro Internacional de Gerontologia Social. Programa de formacion en gerontologia. R.J.: CIGS, 1986.
04. BOREKHOLDT, Martin. Cuando la atención primária no basta - El desafio de proporcionarles a las personas ancianas una atención institucional accesible, económica y de calidad. In: Organização Panamericana da Saúde. Hacia el bienestar de los ancianos. Washington: OMS/OPAS, 1985.
05. BENITO, Gladys Amélia Veles. Intervenção ergonômica na atividade cognitiva do trabalhador de enfermagem baseado nos princípios teóricos de Betty Neuman. Projeto de dissertação. UFSC, Florianópolis, 1993. 85 p.
06. BLACK, Joyce M. & JACOBS, Esther M. Enfermagem Médico-Cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. 2v.
07. BRASIL. Ministério da previdência e Assistência Social. Secretaria de Assistência Social. Plano de ação governamental integrado para desenvolvimento da política nacional do idoso. Brasília, 1996.
08. BRUNNER, L.S. & SUDDARTHD. S. Prática de enfermagem. Rio de Janeiro: Interamericana, 3.ed. 1977.
09. CAMARGO, Antônio B.M. & SAAD, Paulo M. A transição demográfica no Brasil e seu impacto na estrutura etária da população. In: O idoso na grande São Paulo. Coleção Realidade Paulista. São Paulo: SEADE, 1990.

10. CAMPEDELLI, Maria Coeli. Atuação da enfermagem em geriatria e gerontologia. Revista Paulista Hospitalar. São Paulo, V. 31, N.9/10, p.198-200, 1983.
11. CAMPEDELLI, Maria Coeli et al. Processo de enfermagem na prática. São Paulo: Ática, 1989. cap. 1 p. 11-21: Uma Visão da prática de enfermagem no Brasil e sua evolução quanto a utilização do processo de enfermagem.
12. COLLIÈRE, Marie Françoise. Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Printipo, 1989.
13. COVRE, Maria de L. M. O que é cidadania. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 1991.
14. CAPELA, Beatriz B. ; GELBCKE, Francine Lima; PEREIRA, Silvana Maria. Cidadania. O pensamento dos enfermeiros de uma hospital escola. Texto e Contexto - Enfermagem. Florianópolis: UFSC- Pós-Graduação de Enfermagem, v.1, nº 01, jan/jun/Jun., 1992.
15. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro:COFEN, 1993.
16. COSTA, Alcinéia Eustáquia; MADEIRA, Lélia Maria. O relacionamento do idoso com seus familiares. Revista da Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, vol. 28, nº 1, p. 83- 95, abril, 1994.
17. ERDMANN, Alacoque Lorenzini. A complexidade no cotidiano de um sistema organizacional de cuidados de enfermagem hospitalar. Florianópolis: UFSC, 1995. Tese (Doutorado em filosofia de Enfermagem) - Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.
18. DAICHMAN, L.; LEW, N.; GUIDO, P. et al. Cuidar no es Suficiente. In: Revista Gerontologia, São Paulo, v., nº 4, p.144- 148, dez. 1993.
19. DALARRI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. Revista de Saúde Pública, São Paulo, V. 22, nº 1, 57 - 63, jan. 1988.

20. DEMO, Pedro. Política social, educação e cidadania. Campinas: Papirus, 1994.
21. _____. Pobreza Política - Polêmicas do nosso tempo. 4.ed., Campinas: Editora Autores Associados, 1994.
22. _____. Participação é conquista. São Paulo: Cortez, 1988.
23. DIAS, Lygia Paim Müller & TRENTINI, Mercêdes. Meu primeiro projeto. julh. 1994, (mimeo).
24. DIÁRIO OFICIAL. República Federativa do Brasil. Brasília: Imprensa Nacional, ano 132, nº 3, jan. 1994.
25. FUNDAÇÃO IBGE. Censo Demográfico - SC. Rio de Janeiro, 1994.
26. FERICGLA, Josep M. Envejecer: Una antropología de la ancianidad. Barcelona: Anthropos, 1992.
27. FREIRE, Paulo. Política e educação. São Paulo: Côrtez, 1993.
28. GARRAFA, Volnei. Bioética, saúde e cidadania. Saúde em debate. Revista do Centro Brasileiro em Estudos de Saúde (CEBES), Londrina, nº 43, jun. 1994.
29. GAUDERER, E. C. Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência. 4.ed. Rio de Janeiro: Record, 1993.
30. GELAIN, Ivo; ALVAREZ, Angela M. e SILVA Rode D.M. A Enfermagem e o envelhecimento humano: Aspectos ético. In: Iº Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, Florianópolis, 1996. (no prelo)
31. GEORGE, Júlia B. et al. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
32. GOMES, Daisy Leslie Steagall- e SCATENA, Terezinha Cristina. Os idosos e a realidade na velhice. Revista Brasileira de Enfermagem, RS, 36: 129-151, 1983
33. GONÇALVES, Denise. O discurso sobre as relações educação-saúde-trabalho, de professores universitários e trabalhadores da construção

civil. Florianópolis: UFSC, 1996. Dissertação (Mestrado em engenharia de produção) - Curso de pós-graduação em engenharia de produção, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

34. GONÇALVES, Lúcia H. T; SANTOS, Leony C. e SILVA, Yolanda F. Ser ou estar saudável na velhice. Texto e Contexto - Enfermagem, Florianópolis: UFSC Pós-Graduação de Enfermagem, v1, nº 2, jun./dez. 1992.
35. GONÇALVES, Lúcia H. T. A autonomia e independência no desempenho das atividades da vida diária de pessoas idosas hospitalizadas com multipatologias crônicas. Trabalho apresentado à Banca de Concurso Público para Docente na UFSC - Classe adjunto/ Departamento de enfermagem, 1992.
36. GONÇALVES, Lúcia H. T; GRUDTNER, Dalva I.; FENILLI, Rosângela Maria; et al. A percepção dos idosos quanto ao seu estado de saúde e apoio familiar. Revista Cogitare Enfermagem UFPr. Curitiba, V.1, n.1, p.60-66, 1996.
37. GONÇALVES, Lúcia H. T; SILVA, Yolanda Flores e; PFEIFFER, Susan. A enfermeira e o cuidador da pessoa idosa no contexto domiciliar. Revista Cogitare Enfermagem UFPr. Curitiba, V.1, n.2, p.39-47, 1996.
38. GONÇALVES, Lúcia H. T; CARDOSO, Vanir. Instrumentos de avaliação da autonomia no desempenho das atividades da vida diária do cliente idoso. In: Arquivos Catarinenses de Medicina. Florianópolis, V. 24, n. 4, p. 41-48, 1995.
39. GONÇALVES, Marcos Augusto. Prevenção funciona em cidades do país. Folha de São Paulo, São Paulo, 12 mai. 1996. Saúde. p.8, c.1.
40. GUIDI, Maria Lais Mousinho & MOREIRA, Maria R. de L. Prazeres. Rejuvenescer a velhice. Brasília: Ed. da U NB, 1994.
41. GUIMARÃES, Renato Maia. Proteção e saúde do idoso. Revista Saúde pública, São Paulo, V.21, nº3, dez, 1987.
42. HADDAD, Eneida G. de Macedo. O direito à velhice: Os aposentados e a previdência social. São Paulo: Côrtez, 1993

43. HERRICK, Charlotte A. PhD, RN. CS, and GOODYKOONTZ, Lynne, PhD, RN, CNA. Neuman's Systems Model for Nursing Practice as a Conceptual Frameworks for a Family Assessment. Journal of Child and Adolescent Psychiatric and Mental, V. 2, n° 2. 1989.
44. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes. 6.ed., São Paulo: Martins Fontes, 1994.
45. KOVACS, M. Júlia. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
46. LITVAK, Jorge. El envejecimiento de la población: um desafio que va más allá del año 2000. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, v.109, n°1, 1990.
47. MACEDO, Carlyle Guerra. Prólogo. In: OPAS. Hacia el bienestar de los ancianos, Washington: OPAS/OMS, 1985.
48. MARRINER, Ann. Nursing Theorists and their work. EUA: MOSBY, 1986.
49. MISHARA, B.L. & RIEDEL, R.G. El proceso de envejecimiento. Madrid: Morata, S.A, 1986.
50. MENEZES, Maria do Rosário; SANTA ROSA, Darci de Oliveira; RODRIGUES, Rosalina A. Partezani. Bioética do cotidiano e o cuidado do idoso. In: Iª Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica. Florianópolis. 1996. (no prelo)
51. MONTICELLI, Marisa. O nascimento como ritmo de passagem: Uma abordagem cultural para o cuidado à saúde das mulheres e recém-nascidos. Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (de Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
52. NERI, Anita L. Qualidade de vida e idade madura. Campinas: Papyrus, 1993.
53. NETO, Jordão Antônio. A segregação do velho na sociedade. Governo do Estado de São Paulo/ Secretaria de Descentralização e

Participação/ Conselho Estadual do Idoso, 1986.

54. NEUMAN, Betty. The Betty Neuman health - care systems model. A total person approach patient problems. In: RIEHL, J & ROY, C. Conceptual models for nursing practice. 2. ed. Appleton. Century Crofts, New York, 1980.
55. OLIVEIRA, Clarice. Por que asilamos nossos velhos. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 38 (1): 7-13, jan/mar.,1985.
56. OLIVIERÍ, Durval Pessoa. O "Ser Doente". São Paulo: Moraes, 1985.
57. OMS/ OPAS. La salud de los ancianos: una preocupación de todos. Washington: OMS/OPAS, 1992
58. _____ Salud para todos en el año 2000 - Plan de acción para la instrumentación de las estratégias regionales. Washington: OMS/OPAS, 1982.
59. OMS. Aplicaciones de la epidemiologia al estudio do los ancianos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1984.
60. ONU - Documentos Principales de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. In: Programa de formação em gerontologia. Rio de Janeiro: SESC/CIGS, 1992
61. PADRE JUCA. Mensagens e orações inesquecíveis. 11.ed., Petrópolis: Vozes, 1991
62. PUFFER, Ruth R. Nuevos enfoques para los estudios epidemiologicos sobre estadísticas de mortalidade. Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana, Washington, v.107, n °4, 1989.
63. PEREIRA, Rosane Carion Jacinto. Longevidade: prêmio ou castigo? Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v.5, n° 1, p. 59-63, Jan. 1984.
64. RAMOS, Luís Roberto; ROSA, Tereza Etsuco da C.; OLIVEIRA, Zélia M. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 27, n° 2, p. 87-94, mar, 1993.

65. RESENDE, Ênio. Cidadania. O remédio para as doenças culturais brasileiras. São Paulo: Summus, 1992.
66. RIBEIRO, Suzana Marisa Rodrigues. Cidadania. Revista Contexto & Educação, Ijuí, v. 3, n° 12, out/dez, 1988.
67. SANTOS, Sílvia Maria Azevedo dos. Prática assistencial de enfermagem para idosos crônicos fundamentada no marco conceitual de King. Florianópolis: UFSC, 1990. Dissertação (Mestrado em assistência de enfermagem) - Curso de pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
68. SANTOS, Leony Lourdes Claudino. Ações de enfermagem e sua importância segundo o enfermeiro e o paciente geriátrico. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, v.16, n°10, p. 37-52, 1982.
69. SAUPE, Rosita. Formação do enfermeiro cidadão crítico - entendimentos dos docentes de enfermagem. Revista Texto & Contexto - Enfermagem. Florianópolis: UFSC Pós-Graduação de Enfermagem, v.1, n° 1, p.1-15, Jan./Jun, 1992.
70. SAVIANI, Demerval. Escola e democracia. São Paulo: Córtez, 1991.
71. SILVA, Yolanda Flores e. Expectativa de vida X autonomia-dependência, a enfermagem nos serviços e programas públicos de atenção ao idoso. In: I° Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, Florianópolis, 1996 (no prelo).
72. SIMÕES, Regina. Corporeidade e terceira idade. Piracicaba: UNIMEP, 1994.
73. SONTAG, Susan. A Doença como metáfora. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.
74. STEDEFORD, Avenil. Encarando a morte - uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986

75. TOLEDO, José Roberto. Contraste regional marca saúde do país. Folha de São Paulo, São Paulo, 12 mai. 1996. Saúde. p.9, c.1.
76. TRENTINI, Mercêdes e SILVA, Denise G. V. da. Condições Crônicas de Saúde e processo de ser saudável. Texto e Contexto-Enfermagem, Florianópolis: UFSC Pós-Graduação de Enfermagem, v.1, n° 2, jun./dez, 1992.
77. TRENTINI, Mercêdes; SILVA, Denise G. V. e LEIMANN, Artur Henrique. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v.11, n°1, p.18-28, jan.,1990.
78. TRIGUERO, Maria Cristina Veloz; TRUJILLIO O. Gráz; López M.B. Pérez; et al. Estudio comparativo entre la escala psicoafectiva y dos instrumentos para la medición de alteraciones emocionales. Geriátrika. v. 10 (9), Havana/ Cuba, 1994.
79. VERAS, Renato Peixoto. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relumé Dumará, 1994.
80. _____ (Org) et al. Terceira idade: Um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: Relumé Dumará, 1995.
81. WALDOW, Vera Regina; FRICHEMBRUDER, Renate. "A velhice": Um ensaio experimental. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 6, n°2, Jul., 1985.
82. WALDOW, Vera Regina. Aprendizagem na velhice: aplicação da teoria de Rogers, Maslow e Brunner. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v.8, n° 2, Jul, 1987.
83. WARNER, Morton. Desnstitucionalización de internos en establecimiento geriatricos: Desarrollo de una metodologia de valoración de los pacientes. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, v. 25, n° 4, 1991.
84. WILLIAMS, T. Franklin. El desafío científico: la atención de salud y el anciano. In: Organização Panamericana da Saúde. Hacia el bienestar de los ancianos, Washington: OMS/OPAS, 1985.

8. ANEXOS

ANEXO 01

DIREITOS DO PACIENTE HOSPITALIZADO
Segundo Comissão de Credenciamento de Organizações Hospitalares
In: GAUDERER, 1993.

DIREITOS DO PACIENTE HOPITALIZADO

Segundo a Comissão de Credenciamento de Organizações Hospitalares, 1985.

Todo o paciente tem direito:

- 1 - De receber um atendimento atencioso e respeitoso.
- 2 - À dignidade pessoal (inclusive o paciente não deve ser obrigado a ficar despido mais tempo do que o necessário e tem o direito de exigir a presença de outra pessoa do mesmo sexo quando examinado).
- 3 - À sigilo ou segredo médico.
- 4 - De conhecer a identidade dos profissionais envolvidos em seu tratamento.
- 5 - À informação clara, numa linguagem acessível, sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico.
- 6 - De comunicar-se com pessoas fora do hospital e de ter, quando necessário, um tradutor.
- 7 - De recusar tratamento e de ser informado sobre as conseqüências médicas dessa opção.
- 8 - De ser informado de projetos de pesquisas referentes ao tratamento, e de se recusar a participar dos mesmos.
- 9 - De receber uma explicação completa referente à sua conta hospitalar.
- 10 - De reclamar (e a reclamação não deverá ter influencia na qualidade do tratamento).
- 11 - De recusar a realização de exames desnecessários (por exemplo Raio X, exames de sangue e de urina e etc., executados recentemente).
- 12 - De ter acesso a uma segunda e/ou terceira avaliação.
- 13 - De escolher o médico e/ou o especialista dentro do ambiente hospitalar.
- 14 - De questionar a medicação prescrita.
- 15 - De ter acesso à ficha médica.

ANEXO 02

LEI Nº 8842 de 4/01/94

LEI N. 8.842 – DE 4 DE JANEIRO DE 1994 *

Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências

O Presidente da República.

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

Da Finalidade

Art. 1º A política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Art. 2º Considera-se idoso, para os efeitos desta Lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e das Diretrizes

Seção I

Dos Princípios

Art. 3º A política nacional do idoso reger-se-á pelos seguintes princípios:

I – a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

II – o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;

III – o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

IV – o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;

V – as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei.

Seção II

Das Diretrizes

Art. 4º Constituem diretrizes da política nacional do idoso:

I – viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações;

II – participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;

III – priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência;

IV – descentralização político-administrativa;

V – capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços;

VI – implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo;

VII – estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;

VIII – priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família;

IX – apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento.

Parágrafo único. É vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social.

CAPÍTULO III

Da Organização e Gestão

Art. 5º Competirá ao órgão ministerial responsável pela assistência em promoção social a coordenação geral da política nacional do idoso, com a participação dos conselhos nacionais, estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso.

Art. 6º Os conselhos nacional, estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso serão órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos por igual número de representantes dos órgãos e entidades públicas e de organizações representativas da sociedade civil ligadas à área.

Art. 7º Compete aos conselhos de que trata o artigo anterior a formulação, coordenação, supervisão e avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas.

Art. 8º À União, por intermédio do ministério responsável pela assistência e promoção social, compete:

I – coordenar as ações relativas à política nacional do idoso;

II – participar na formulação, acompanhamento e avaliação da política nacional do idoso;

III – promover as articulações intraministeriais e interministeriais necessárias à implementação da política nacional do idoso;

IV – (vetado);

V – elaborar a proposta orçamentária no âmbito da promoção e assistência social e submetê-la ao Conselho Nacional do Idoso.

Parágrafo único. Os ministérios das áreas de saúde, educação, trabalho, previdência social, cultura, esporte e lazer devem elaborar proposta orçamentária, no âmbito de suas competências, visando ao financiamento de programas nacionais compatíveis com a política nacional do idoso.

Art. 9º (Vetado).

Parágrafo único. (Vetado).

CAPÍTULO IV

Das Ações Governamentais

Art. 10. Na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos:

I – na área de promoção e assistência social:

a) prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não governamentais;

b) estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros;

c) promover simpósios, seminários e encontros específicos;

d) planejar, coordenar, supervisionar e financiar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação social do idoso;

e) promover a capacitação de recursos para atendimento ao idoso.

II – na área de saúde:

a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde;

b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas;

c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;

d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares;

e) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;

f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais;

g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; e

h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso.

III – na área de educação:

a) adequar currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais destinados ao idoso;

b) inserir nos currículos mínimos, nos diversos níveis de ensino formal, conteúdos voltados para o processo de envelhecimento, de forma a eliminar preconceitos e a produzir conhecimentos sobre o assunto;

c) incluir a Gerontologia e a Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores;

d) desenvolver programas educativos, especialmente nos meios de comunicação, a fim de informar a população sobre o processo de envelhecimento;

e) desenvolver programas que adotem modalidades de ensino à distância, adequados às condições do idoso;

f) apoiar a criação de universidade aberta para a terceira idade, como meio de universalizar o acesso às diferentes formas do saber.

IV – na área do trabalho e previdência social:

a) garantir mecanismos que impeçam a discriminação do idoso quanto a sua participação no mercado de trabalho, no setor público e privado;

b) priorizar o atendimento do idoso nos benefícios previdenciários;

c) criar e estimular a manutenção de programas de preparação para aposentadoria nos setores público e privado com antecedência mínima de dois anos antes do afastamento.

V – na área de habitação e urbanismo:

a) destinar, nos programas habitacionais, unidades em regime de comodato ao idoso, na modalidade de casas-lares;

b) incluir nos programas de assistência ao idoso formas de melhoria de condições de habitabilidade e adaptação de moradia, considerando seu estado físico e sua independência de locomoção;

c) elaborar critérios que garantam o acesso da pessoa idosa à habitação popular;

d) diminuir barreiras arquitetônicas e urbanas.

VI – na área de justiça:

a) promover e defender os direitos da pessoa idosa;

b) zelar pela aplicação das normas sobre o idoso determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos.

VII – na área da cultura, esporte e lazer:

a) garantir ao idoso a participação no processo de produção, reelaboração e fruição dos bens culturais;

b) propiciar ao idoso o acesso aos locais e eventos culturais, mediante preços reduzidos, em âmbito nacional;

c) incentivar os movimentos de idosos a desenvolver atividades culturais;

d) valorizar o registro da memória e a transmissão de informações e habilidades do idoso aos mais jovens, como meio de garantir a continuidade e a identidade cultural;

e) incentivar e criar programas de lazer, esporte e atividades físicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida do idoso e estimulem sua participação na comunidade.

§ 1º É assegurado ao idoso o direito de dispor de seus bens, proventos, pensões e benefícios, salvo nos casos de incapacidade judicialmente comprovada.

§ 2º Nos casos de comprovada incapacidade do idoso para gerir seus bens, ser-lhe-á nomeado Curador especial em juízo.

§ 3º Todo cidadão tem o dever de denunciar à autoridade competente qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso.

CAPÍTULO V

Do Conselho Nacional

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. (Vetado).

Art. 13. (Vetado).

Art. 14. (Vetado).

Art. 15. (Vetado).

Art. 16. (Vetado).

Art. 17. (Vetado).

Art. 18. (Vetado).

CAPÍTULO VI

Das Disposições Gerais

Art. 19. Os recursos financeiros necessários à implantação das ações afetas às áreas de competência dos governos federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais serão consignados em seus respectivos orçamentos.

Art. 20. O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de sessenta dias, a partir da data de sua publicação.

Art. 21. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 22. Revogam-se as disposições em contrário.

Itamar Franco – Presidente da República.

Leonor Barreto Franco.

* Extraído do:

DIÁRIO OFICIAL. República Federativa do Brasil. Brasília:

Imprensa Nacional, ano 132, nº3, jan. 1994.