

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

PENÉLOPE PALOMA RÜDIGER SCHEIDT

**PROMOVENDO CAMINHOS PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM
IDOSOS PORTADORES DE CARDIOPATIAS E SEUS FAMILIARES
NO SETOR DE EMERGENCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**FLORIANÓPOLIS
2006**

Ficha Catalográfica

S318p Scheidt, Penélope Paloma Rüdiger
Promovendo caminhos para a educação em saúde com idosos portadores de cardiopatias e seus familiares no Setor de Emergência do Hospital Universitário / Penélope Paloma Rüdiger Scheidt. – Florianópolis: UFSC/PEN, 2006.
126 p.

Inclui bibliografia.
Possui diagrama.

1. Saúde - Educação. 2. Idoso - Autocuidado. 3. Cardiopatia. I. Título.

CDD – 618.97

PENÉLOPE PALOMA RÜDIGER SCHEIDT

**PROMOVENDO CAMINHOS PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM
IDOSOS PORTADORES DE CARDIOPATIAS E SEUS FAMILIARES
NO SETOR DE EMERGENCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

ORIENTADORA: Dra. Angela Maria Alvarez

**FLORIANÓPOLIS
2006**

PENÉLOPE PALOMA RÜDIGER SCHEIDT

**PROMOVENDO CAMINHOS PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM IDOSOS
PORTADORES DE CARDIOPATIAS E SEUS FAMILIARES NO SETOR DE
EMERGENCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 22 de fevereiro de 2006, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora da PEN/UFSC

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Angela Maria Alvarez
Presidente

Dra. Lúcia H. Takase Gonçalves
Membro

Dra. Rosalina A. Partezani Rodrigues
Membro

Dra. Sílvia M. Azevedo dos Santos
Membro suplente

Dra. Juliana Sandri
Membro suplente

Dedico à:

Minhas tias avós Inah Scheidt, Hilda Scheidt e Ilsa Scheidt, presentes em minha trajetória de vida e que me inspiraram no processo de cuidar junto aos idosos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço de uma maneira carinhosa a todas as pessoas que contribuíram para a concretização deste trabalho.

À DEUS, presente em todos os momentos de minha vida, dando-me força para atingir os objetivos.

Aos MEUS PAIS, Ivo e Alice, MEU FILHO Patrick e MINHA IRMÃ Phyllis que me acompanharam nesta caminhada e compreenderam a importância desta realização.

À ORIENTADORA Angela, que com sua profunda sabedoria e experiência contribuiu para meu crescimento profissional.

Aos IDOSOS, pessoas sábias por natureza, cujos momentos de cuidado proporcionaram satisfação e aprendizado fazendo-me crescer e perceber o verdadeiro sentido do envelhecer.

À INSTITUIÇÃO HU: DIREÇÃO GERAL E DE ENFERMAGEM, CHEFIA DE DIVISÃO E DO SETOR, pela receptividade e a oportunidade de desenvolver a pesquisa assistencial educativa, contribuindo para a realização de uma nova experiência e crescimento profissional.

ÀS PROFESSORAS Lúcia Hisaco Takase Gonçalves e Rosalina Aperecida Partezani Rodrigues, que fizeram parte da banca examinadora deste trabalho e enriqueceram-o com suas contribuições.

Aos PROFESSORES e COLEGAS DO CURSO, que contribuíram para nossa formação profissional.

Aos AMIGOS Fabrício e Líliana pela amizade, carinho e disponibilidade durante a realização deste trabalho.

Aos COLEGAS da Gerência de Imunização e Imunopreviníveis - SES pelo estímulo nesta caminhada, em especial à Leonor, chefe e companheira, pela força, compreensão e por acreditar em meu potencial.

Aos AMIGOS e COLABORADORES, pela disponibilidade durante a colaboração técnica deste trabalho.

A IDADE DE SER FELIZ

"Existe somente uma idade para a gente ser feliz, somente uma época na vida de cada pessoa em que se pode sonhar e fazer planos e ter energia o bastante para realizá-los a despeito de todas as dificuldades e obstáculos.

Uma só idade para a gente se encantar com a vida e viver apaixonadamente com o entusiasmo dos amantes e a coragem dos aventureiros.

Fase dourada em que se pode criar vida à imagem e semelhança dos nossos desejos e sorrir e cantar e brincar e dançar e vestir-se com todas as cores e experimentar todos os sabores e desfrutar de tudo com toda a intensidade sem preconceito nem pudor.

Tempo em que cada limitação humana é só mais convite ao crescimento, um desafio a lutar com toda a energia e a tentar algo novo outra vez e quantas vezes for preciso.

Esta idade tão especial e tão única chama-se presente e tem a duração do instante que passa... como um doce pássaro do azul. E o momento de ser feliz é agora, que quando se dá por ele já voou para nunca mais voltar!"

*Texto da Sra. Telma Ayres Lain
Seminário Viva Melhor a Terceira Idade*

SCHEIDT, P.P.R. **Promovendo caminhos para a educação em saúde com idosos portadores de cardiopatias e seus familiares no setor de emergência do hospital universitário**. Florianópolis, 2006, 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo promover caminhos para a valorização do potencial de autocuidado de idosos portadores de doenças cardíacas e seus familiares acompanhantes, no setor de Emergência do HU/UFSC, com enfoque no processo educativo baseado na Concepção de Educação de Paulo Freire e na Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem. A metodologia utilizada foi a Pesquisa Convergente Assistencial de Trentini e Paim (2004), que se caracteriza como abordagem qualitativa e possibilitou a compreensão sobre como o processo de educação em saúde, na organização do trabalho, no setor da emergência, pode contribuir para a assistência de enfermagem e interferir positivamente no controle de saúde dos idosos cardiopatas e seus familiares. Os participantes desse estudo foram oito mulheres idosas e seis familiares acompanhantes. O processo da pesquisa, como requer a abordagem qualitativa da Pesquisa Convergente Assistencial, propõe refletir a prática assistencial e a partir dela analisar fenômenos vivenciados em seu contexto. Para coleta de dados foi utilizado o formulário de Sistematização da Assistência de Enfermagem que foi aplicado ao idoso e seu familiar, obedecendo às etapas do processo de enfermagem. Para registro das demais informações obtidas, foi utilizado o diário de campo com o objetivo de estar analisando dados e avaliando a proposta de prática assistencial. Para a análise, os dados foram organizados e interpretados à luz do referencial teórico proposto resultando em três temas, sendo eles: Tema 1 - O idoso cardiopata na emergência do HU, composto pelas categorias – *A condição de saúde*, *A percepção do idoso sobre sua condição de saúde* e *O familiar acompanhante*; Tema 2 – Assistência ao idoso cardiopata na emergência do HU, composto pelas categorias – *O contexto da emergência* e *O cuidado* e Tema 3 – O olhar educativo, composto pelas categorias – *O potencial do idoso e seu familiar para o autocuidado* e *A enfermeira na educação para o autocuidar*. O estudo permite concluir que o desenvolvimento de uma sistematização da assistência de enfermagem a idosos cardiopatas e seus familiares acompanhantes, voltada para o autocuidado, através de um sistema de apoio educativo com base no diálogo, mostrou ser possível e com resultados significativos para: O idoso e seu familiar no que tange à valorização de seu potencial de autocuidado; para a assistência de enfermagem que pode trabalhar a educação em saúde para o desenvolvimento da profissão, ampliando seu espaço de atuação e conquistando valorização no desenvolvimento do conhecimento científico, e para o serviço de saúde que cumpre com seu papel ao oferecer um atendimento de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: educação em saúde; autocuidado; idoso cardiopata e enfermagem.

SCHEIDT, P. P. R. **Promoting ways for health education with elderly cardiac patients and their family members at the university hospital emergency room.** Florianópolis, 2006, 126 pages. Master's Thesis (in Nursing) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

ABSTRACT

This study aimed at promoting ways toward recognizing the value of the self-care potential of elderly cardiac patients and their family companions. The study was carried out at the university hospital emergency room of UFSC, with a focus on the educational process based on Paulo Freire's Educational Conception and Dorothea E. Orem's Self-Care Theory. The methodology applied was the one proposed by Trentini and Paim (2004), which is characterized by a qualitative approach and made it possible the understanding of how the educational process in the health area, in work organization, at the emergency room can contribute to nursing and positively interfere with the health control of elderly cardiac patients and their family members. The subjects were eight elderly women and six family companions. The research process, as required by the qualitative approach of the methodology proposed by Trentini and Paim, proposes the reflection on the nursing practice in order to analyze the phenomena that occur in its context. For collecting data, the Nursing Care System questionnaire was applied with the elderly and their family members, following the stages of the nursing process. In order to record the extra information collected, a field diary was used with the goal of analyzing data and assess the nursing practice. For the analysis, the data were organized and interpreted in light of the proposed theory and grouped into three themes: (1) the elderly cardiac patient at the university emergency room, with the categories *The health condition*, *The elderly's perception of their health condition*, *The family companion*; (2) the care for the elderly cardiac patient at the university hospital emergency room, with the categories *The emergency context* and *The care*, and (3) the educational view, with the categories *The potential of the elderly and their family members toward self-care* and *The role of the nurse in self-care education*. The study allows to conclude that the development of the nursing care system for elderly cardiac patient and their family companions, with a focus on self-care, is possible and produces significant results for: (1) the elderly and their family members with regards to the recognition of the value of their self-care potential; (2) the nurses who can work with health education to develop and expand their professional area and obtain recognition for the development of scientific knowledge; and (3) the health service which fulfils its role by offering a quality service.

KEYWORDS: health education; self-care; elderly cardiac patient; and nursing.

SCHEIDT, P.P.R. **Promoviendo caminos para la educación en salud con ancianos portadores de cardiopatías y sus familiares en el sector de emergencia del hospital universitario.** Florianópolis, 2006, 126 p. Disertación (Maestría en Enfermería) – Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo promover caminos para la valorización del potencial del auto cuidado de ancianos portadores de dolencias cardíacas y sus familiares acompañantes, en el sector de emergencia del HU/UFSC, con enfoque en el proceso educativo basado en la concepción de Educación de Paulo Freire y en la Teoría del Auto cuidado de Dorotea E. Orem. La metodología utilizada fue la Pesquisa Convergente Asistencial de Trentini y Paim (2004), que se caracteriza como un abordaje cualitativo y permitió la comprensión sobre cómo el proceso de educación en salud, en la organización del trabajo, en el sector de emergencia, puede contribuir para la asistencia de enfermería e intervenir positivamente en el control de salud de los ancianos cardíopatas y sus familiares. Los participantes de este estudio fueron ocho mujeres ancianas y sus familiares acompañantes. El proceso de la pesquisa, como requiere el abordaje cualitativo de la Pesquisa Convergente Asistencial, propone reflexionar sobre la práctica asistencial y a partir de ella analizar fenómenos vivenciados en su contexto. Para la recolección de datos fue utilizado el formulario de sistematización de la Asistencia de Enfermería que fue aplicado a la anciana y su familiar, respetando las etapas del proceso de enfermería. Para el registro de las demás informaciones obtenidas, fue utilizado el diario de campo con el objetivo de estar analizando datos y evaluando la propuesta de la práctica asistencial. Para el análisis, los datos fueron organizados e interpretados a la luz del referencial teórico propuesto, resultando en tres temas, siendo ellos: tema 1 – El anciano cardíopata en la emergencia del HU, compuesto por las categorías – *La condición de salud, La percepción del anciano sobre su condición de salud y El familiar acompañante*; Tema 2 – Asistencia al anciano cardíopata en la emergencia del HU, compuesto por las categorías - *El contexto de la emergencia y el cuidado* y Tema 3 – La visión educativa, compuesto por las categorías – *El potencial del anciano y su familiar para el auto cuidado y La enfermera en la educación para el auto cuidar*. El estudio permite concluir que el desarrollo de una sistematización de la asistencia de enfermería a ancianos cardíopatas y sus familiares acompañantes, dirigida para el auto cuidado, a través de un sistema de apoyo educativo con base en el diálogo, mostró ser posible y con resultados significativos para: El anciano y su familiar en lo que se refiere a la valorización de su potencial de auto cuidado; para la asistencia de enfermería que puede trabajar la educación en salud para el desarrollo de la profesión, ampliando su espacio de actuación y conquistando valoración en el desarrollo del conocimiento científico; y para el servicio de salud que cumple con su papel al ofrecer una atención de calidad.

PALABRAS CLAVE: educación en salud; auto cuidado; anciano cardíopata; enfermería.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Apresentação	12
1.2 Justificativa	14
1.3 Objetivos	19
1.3.1 Objetivo Geral.....	19
1.3.2 Objetivos Específicos.....	19
2. REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 O Envelhecimento Populacional	20
2.1.1 Aspectos Demográficos e Epidemiológicos.....	20
2.1.2 Aspectos Cardiogerátricos.....	25
2.2 Estudos em Enfermagem	36
3. MARCO CONCEITUAL	40
3.1 Teoria de Enfermagem de Dorothea E. Orem.....	40
3.1.1 Teoria Geral do Autocuidado.....	41
3.1.2 Teoria do Autocuidado.....	42
3.1.3 Teoria do Déficit de Autocuidado.....	44
3.1.4 Teoria de Sistemas de Enfermagem.....	44
3.3 Pressupostos e Conceitos do Estudo.....	46
3.3.1 Pressupostos.....	47
3.3.2 Conceitos.....	47
4. METODOLOGIA	53
4.1 Tipo de Pesquisa.....	53
4.2 Fases da Pesquisa Convergente Assistencial.....	54
4.3 Descrição do Local do Estudo.....	56
4.4 Participantes do Estudo.....	57
4.5 Coleta de Dados.....	58
4.6 Análise.....	61
4.7 Aspectos Éticos.....	62
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DO PROCESSO DA PESQUISA	63
5.1 Apresentando os participantes do estudo.....	63
5.2 Compreendendo o processo de assistir educando para o autocuidado.....	73
5.2.1 TEMA 1- O idoso cardiopata na emergência do HU.....	74

5.2.2 TEMA 2 - A assistência ao idoso cardiopata na emergência do HU.....	85
5.2.3 TEMA 3 – O olhar educativo.....	93
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
7. REFERÊNCIAS.....	105
8. APÊNDICES.....	110
9. ANEXO.....	123

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

Minha trajetória junto ao ser humano envelhecendo iniciou de vivências pessoais num ambiente familiar de crescente valorização e respeito à pessoa idosa, influenciando a escolha profissional de cuidado ao idoso. O caminho percorrido até aqui teve início na graduação, com a elaboração do trabalho de conclusão de curso voltado à assistência de enfermagem humanizada junto ao idoso institucionalizado, logo em seguida, surgiu o desejo e a oportunidade de cursar a especialização em Gerontologia que, por sua característica multidisciplinar, despertou o interesse pela educação para um envelhecimento saudável e a percepção deste junto às doenças crônicas. Através da experiência profissional em saúde pública, junto a uma equipe de Programa de Saúde da Família pude perceber a importância do processo de cuidar voltado para a educação em saúde evidenciado, principalmente, nas consultas de enfermagem para acompanhamento de saúde dos idosos portadores de doenças crônicas.

A opção temática do estudo surgiu quando ingressei como enfermeira no setor de Emergência do Hospital Universitário (HU), após esta experiência profissional em saúde pública atuando no Programa de Saúde da Família (PSF). Assim que comecei a trabalhar no setor de Emergência, senti a necessidade de manter no planejamento dos cuidados de enfermagem as ações de educação para a saúde ao cliente e família. Contudo, o excessivo número de atendimentos no setor e a grande demanda para a assistência de enfermagem dificulta o desenvolvimento de ações educativas tais como eram realizadas no PSF. Porém, não é uma tarefa impossível, sendo de fundamental importância enfatizar para os indivíduos e familiares o senso de responsabilidade com sua própria saúde.

O setor de Emergência do HU tem como objetivo principal o atendimento ao cliente em situações de urgência e emergência. Mas, em decorrência da realidade do sistema de saúde vigente, a emergência serve de suporte para os serviços de atenção básica no atendimento de casos ambulatoriais, bem como para os demais setores de internação devido ao número insuficiente de leitos hospitalares

para o suprimento da demanda atual.

São atendidos, em média, 400 clientes/dia, oscilando durante os dias de semana. Destes, 80% são casos de clínica médica e 20% de clínica cirúrgica. Nos casos de clínica médica, estão caracterizadas as doenças crônico-degenerativas, sendo que a maioria da demanda poderia ser atendida e acompanhada em ambiente ambulatorial. Em relação à idade, a população acima dos 60 anos corresponde, em média, 10 a 15% desses atendimentos.

A experiência como integrante da equipe de enfermagem no campo de trabalho, o setor de emergência do HU, bem como a prática profissional em saúde pública e a oportunidade de ter supervisionado o estágio de Residência em Saúde da Família no setor, além de ser especialista em Gerontologia, aparecem como pontos facilitadores do estudo.

1.2 Justificativa

O envelhecimento da população acarreta transformações tanto para os indivíduos que envelhecem quanto para a sociedade em geral. Decorre de fatores inter relacionados como o aumento da expectativa de vida das pessoas, mudanças no padrão reprodutivo e também dos movimentos migratórios de grupos etários de uma determinada população para outra. Já o envelhecimento humano e suas manifestações é um fenômeno individual e está associado a fatores biológicos, psicológicos e sócio-ambientais.

Nos países em desenvolvimento, segundo estudos da ONU (1986), a aceleração do envelhecimento populacional iniciou-se a partir de 1975, sem uma estimativa de acomodação, supondo-se que crescerá até depois de 2025. Atualmente, conforme dados do IBGE (2000), o Brasil conta com 8,6% de idosos na população total e alguns estudos indicam um aumento em torno de 13% no continente latino-americano, fato que gera a preocupação dos estudiosos considerando suas implicações sócio-econômicas e de saúde.

Em 1960 o grupo etário de 0 a 14 anos representava 44% da população e para 2025 prevê-se que apenas 5% da população terá menos de 15 anos de idade.

Em 1990 a população idosa representava 6% da população e em 2025 chegará próximo de 14%. Isso significa que o Brasil passará a enfrentar as mesmas dificuldades hoje sentidas pelos países desenvolvidos, nos quais o número de pessoas idosas na população varia de 15 a 20% (RAMOS, 2002; CAMARANO, 2002). Segundo Ministério da Saúde (2006), baseado em estimativas populacionais o estado de Santa Catarina conta com 474.462 pessoas acima de 60 anos o que representa 8 % da população total do estado.

Com o aumento da longevidade, o desafio é conseguir envelhecer cada vez mais com qualidade de vida. Segundo Paschoal (2002), o envelhecer com qualidade depende da história de vida e do desenvolvimento individual, que por sua vez sofre influências diversas como: genético-biológicas, psicológicas e sócio-culturais, podendo ser controladas ou amenizadas.

A velhice aparece de maneira gradual e manifesta-se por uma perda progressiva das funções físicas e psíquicas, que varia muito de indivíduo para indivíduo. O envelhecer como fenômeno natural, não vem a prejudicar a saúde, porém as alterações ligadas à idade nem sempre são previsíveis e resultam não só do envelhecimento, mas também da doença, do meio em que se vive e de certas características pessoais (BERGER, 1995).

O aumento da esperança de vida expõe os indivíduos a fatores de risco associados a doenças crônico-degenerativas, sendo importante ressaltar que a presença de co-morbidades entre as pessoas idosas pode influenciar diretamente na qualidade de vida e bem-estar e são considerada um potencial fator incapacitante.

Controlar as doenças crônicas do idoso é um problema complexo, não havendo medidas preventivas de alta eficiência. Assim, as medidas em geral são de caráter educativo, envolvendo mudanças de hábitos de vida, tarefa difícil, pois tais hábitos estão geralmente associados ao baixo nível sócio-econômico e grau de escolaridade da população-alvo. O que requer da pessoa um esforço individual e o empenho de profissionais da área da saúde sobre como intervir nessa situação. Entre os problemas de saúde da população com mais de 65 anos predominam os de ordem crônica e as causas de morbi-mortalidade estão associadas às doenças cardiovasculares e cérebro-vasculares e às neoplasias. A presença destas doenças é um complicador para a capacidade de viver envelhecendo (VERAS, 2002).

A população brasileira vive em processo de envelhecimento inexorável que transformou substancialmente, nas últimas décadas, o seu perfil de morbi-

mortalidade, tornando imprescindível a adoção de estratégias preventivas de saúde nos vários níveis, voltados a este segmento da população de acordo com Lourenço e Motta (apud VERAS, 1999). Portanto, as ações clássicas de prevenção de doenças, em especial aquelas de morbidade significativa entre idosos, são de grande importância para melhoria das condições de saúde desta população.

Esta parcela da população, com características próprias, está passando a ocupar grandes destaques nas estatísticas hospitalares, especialmente nos serviços de emergência. As doenças crônicas não diagnosticadas ou sem tratamento adequado, por falha do sistema de saúde e/ou do paciente, tendem a progredir e gerar complicações, exigindo medidas assistenciais de urgência e que muito freqüentemente envolve internações.

Numa população de idosos, a assistência à saúde em nível de prevenção, entra como detecção precoce dos problemas de saúde ou para tentar reduzir o ritmo da evolução destas doenças ou ainda evitar as complicações decorrentes das mesmas. (VERAS, 1999). No caso dos problemas cardiovasculares em evolução, devemos buscar esforços para que a doença se estabilize, ou que sua progressão seja a mais lenta possível, através de assistência qualificada, monitoramento do paciente e ações que evitem o aparecimento de agravos.

Em saúde, as ações preventivas, assistenciais e de reabilitação devem objetivar melhorar ou recuperar a capacidade funcional do idoso. Os tradicionais modelos de promoção à saúde e prevenção de doença ainda se aplicam de modo tímido à população idosa. (VERAS, 2002). Na busca da promoção do cuidado à saúde enfatiza-se a educação em saúde para subsidiar o trabalho na prática em saúde, especialmente no trabalho da enfermagem, destaca-se a valorização do conceito de autocuidado relacionado às ações educativas.

As estratégias atuais no setor saúde, para fazer frente aos custos crescentes devido ao crescimento da população idosa, estão voltadas particularmente para a diminuição do período de internação hospitalar, no melhor gerenciamento das doenças crônicas e no monitoramento dos fatores de risco para as doenças. O gerenciamento de doenças, que nos textos de língua inglesa é denominado de "*case disease management*", vem se ampliando pela necessidade de oferecer um cuidado mais específico, particularmente aos idosos com suas múltiplas patologias (VERAS, 2002).

A saúde pode ser representada por um estado de equilíbrio o qual

desejamos alcançar, porém não é garantido. As conseqüências das doenças sobre os limites funcionais geralmente alteram a capacidade de adaptação e o processo de viver. Segundo Berger (1995), o fator mais importante é sem dúvida a capacidade de adaptação, manter esforços para adaptar-se de maneira satisfatória e evoluir num continuum de saúde. Isto é buscar por esse equilíbrio possível, apesar da presença de incapacidades e limitações. Como refere Godilho (2000), envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais a exceção do que a regra, porém a doença crônica não implica que o idoso não possa viver com autonomia e encaminhar seu dia-a-dia, ou ainda mantendo suas capacidades e desenvolvendo potencialidades para a promoção de sua saúde, bem estar e participação na sociedade.

A maioria dos idosos é capaz de decidir sobre sua vida e interferir nas suas condições de saúde; são também capazes de aprender e lutar para manter estilos de vida saudáveis e controlar sua doença, objetivando envelhecer com melhor qualidade de vida e saúde. Na medida em que se envelhece vai se modificando progressivamente o estilo de vida e é de fundamental importância que o profissional de saúde incentive a busca pela melhoria da qualidade de vida, auxiliando no processo de adaptação às doenças e procurando reforçar estilos de vida e ações de cuidados saudáveis. A atualização e orientação dos cuidados visto que o rápido crescimento da população de idosos causa importante impacto nos sistemas de saúde.

Ao trabalhar no setor de emergência, tendo na prática profissional o cuidado freqüente a pessoas idosas portadoras de doenças cardíacas, acredito que a educação para saúde aos clientes cardiopatas e familiares é relevante para reconhecimento das situações de risco, para a redução das freqüentes idas desnecessárias e estressantes ao hospital e para promover a manutenção de um viver saudável. Acredito também que ao orientar familiares, principal fonte de apoio para a população de idosos, estarei contribuindo para a prevenção destas doenças na geração futura de idosos, tendo a base das informações e vivências para um envelhecer saudável.

Em relação à equipe de enfermagem, essa deve estar organizada para prestação de uma assistência adequada, sendo de grande importância o profissional de enfermagem no atendimento cardíaco de urgência e emergência, pois são responsáveis pela recepção e abordagem dos clientes e familiares em primeira instância. A avaliação dos sinais precoces, o conhecimento e acesso rápido à

aplicação terapêutica e a habilidade técnica são elementos fundamentais para qualidade da assistência, além disso, a sensibilidade na percepção dos sinais e indicativos sutis à busca de conhecimento específico e a valorização do processo de abordagem ao cliente cardiopata, bem como a educação para saúde possibilita enriquecer a assistência prestada na medida em que se considere a equipe de enfermagem como um instrumento fundamental na prestação de cuidado e promoção do autocuidado do idoso e seu familiar cuidador.

Considerando o crescimento da população idosa, o aspecto degenerativo da morbidade por doenças cardíacas relacionadas a este grupo, o impacto no setor da saúde, o grande número de atendimentos de emergências cardiológicas e a importância do enfermeiro como peça fundamental na prestação da assistência, revela-se a importância do estudo e pesquisa relacionados ao processo de assistir em enfermagem com qualidade e em tempo hábil voltado ao processo de educação em saúde. O momento mostra a necessidade de reflexão/avaliação do planejamento do cuidado de enfermagem no serviço de emergência com vistas à orientação em saúde, bem como o aproveitamento dos serviços básicos de atenção à saúde como aliados e facilitadores do processo de referência e contra-referência, voltados para a especificidade da assistência de enfermagem à pessoa idosa portadora de cardiopatias no setor de emergência, por meio de um olhar sobre a capacidade e potencialidades do idosos e seu familiar como agente de bem estar e saúde.

Então, muito se tem a fazer por meio da educação em saúde e assistência qualificada para cuidado específico, particularmente aos idosos portadores de doenças crônicas, visto que as ações de saúde permitem a melhoria do estado geral do paciente e promovem o desenvolvimento de suas capacidades para o autocuidado e o envelhecimento com qualidade. Assim, a questão de pesquisa que norteou esse estudo foi a seguinte: Como o processo de educação em saúde, na organização do trabalho na Emergência do HU pode contribuir para a Assistência de Enfermagem e interferir positivamente no controle de saúde dos idosos cardiopatas e seus familiares?

Para melhor compreensão desse processo buscou-se o método da Pesquisa Convergente Assistencial de Trentini e Paim, (2004), que se caracteriza como abordagem qualitativa e propõe-se a refletir a prática assistencial a partir de fenômenos vivenciados no seu contexto e tendo ainda como referencial teórico a Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Promover caminhos para a valorização do potencial de autocuidado aos idosos portadores de doenças cardíacas e seus familiares no setor de Emergência do HU/UFSC com enfoque no processo educativo baseado na Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem.

1.3.2 Objetivos específicos

- Conhecer as causas que levam os idosos com cardiopatias a retornar freqüentemente à emergência do HU;

- Prestar cuidados de enfermagem ao paciente cardiopata, analisando a compreensão que o paciente e família possuem acerca da doença, seus cuidados e seu potencial em relação ao autocuidado;

- Desenvolver no decorrer do estudo uma assistência pautada no processo educativo para o desenvolvimento do potencial de autocuidado em relação às cardiopatias, seu tratamento e possíveis complicações com idosos e seus familiares;

- Avaliar continuamente a assistência de enfermagem aos idosos portadores de doenças cardiovasculares no setor de emergência do HU.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O envelhecimento populacional

2.1.1 Aspectos demográficos e epidemiológicos

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial no qual observa-se um crescimento mais elevado da população idosa com relação aos demais grupos etários. A Organização das Nações Unidas estabeleceu os 60 anos como a idade que demarca o início da velhice nos países em desenvolvimento. Porém, é difícil caracterizar uma pessoa como idosa, utilizando como único critério a idade, pois paralelamente à evolução cronológica, coexistem fenômenos de natureza biopsicossocial importantes para a percepção da idade e do envelhecimento (IBGE,2002).

O crescimento mais elevado da população de idosos é resultado de alguns fatores como o aumento da expectativa de vida ao nascer, declínio da fecundidade e da migração, associados à melhoria das condições de vida, saneamento e ambiente, melhorias científico- tecnológicas para diagnóstico e terapêutica das doenças.

O Brasil, atualmente, encontra-se no conjunto dos países com importante crescimento de sua população idosa. Projeções recentes apontam o crescimento da população idosa dos 9% atuais, para 15% em 2020, sendo que a tendência é de continuar crescendo (CAMARANO 2002). Em relação ao fenômeno do crescimento da população de idosos, segundo IBGE (2002), a população idosa no Brasil era de 4% em 1940, 7,3% no início da década de 90 e atingindo 8,6% no ano de 2002. Atualmente, com um contingente de quase 15 milhões de pessoas. E, considerando as tendências verificadas com a diminuição da fecundidade e aumento da longevidade, uma estimativa para os próximos 20 anos indica que a população de idosos poderá exceder os 30 milhões de pessoas, correspondendo a quase 13% da população geral. O Brasil possuirá, em 2020, a sexta população mundial de idosos. É interessante ressaltar que a proporção da população “mais idosa” (80 anos e mais) também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo.

Neste crescimento, revela-se que tem sido superior o número absoluto de mulheres idosas quando comparado com o de homens de 65 anos e mais. Segundo IBGE (2002) em 1991, as mulheres correspondiam a 54% da população de idosos, passando para 55,1% em 2000. Tal diferença pode ser explicada pelos diferenciais de expectativa de vida entre os sexos, fenômeno bastante intenso no Brasil, sendo que esta relação gênero-envelhecimento baseia-se em mudanças sociais ocorridas ao longo dos tempos e nos acontecimentos ligados ao ciclo de vida.

Segundo Camarano (2002), as implicações da feminização da velhice estão associadas à elevada proporção de mulheres morando sozinhas, sendo sua maior parte formada por viúvas que não têm experiência de trabalho, possuem baixo nível de escolaridade, necessitando de uma assistência maior tanto do Estado quanto da família. Além disso, embora as mulheres vivam mais do que os homens, elas estão mais sujeitas às deficiências físicas e mentais que os idosos do sexo masculino. Por outro lado, Debert (1999) considera que para essa geração de idosas, geralmente morar sozinha significa autonomia e liberdade.

Contextualizando a pesquisa, a população de 60 anos ou mais, residente em Santa Catarina é de 430.433 pessoas, correspondendo a 8% da população total do Estado. É importante lembrar que a cidade de Florianópolis possui um percentual alto de idosos, em torno de 8,4%. É a segunda maior cidade do Estado de Santa Catarina, com 342.315 habitantes, sendo que 28.816 é a população de idosos acima de 60 anos. (BENEDETTI et al, 2004).

Procura-se explicar o envelhecimento populacional por intermédio de um modelo sistemático de mudanças no perfil demográfico e da construção de um modelo teórico, no qual as modificações na fertilidade e na mortalidade das populações ocupam o centro explicativo segundo Barreto et al. (1993 apud VERAS, 2002).

Com a maior sobrevivência da população, vem ocorrendo uma modificação nos perfis de mortalidade e morbidade; enfermidades infecciosas agudas típicas da infância, são substituídas por doenças crônicas e degenerativas, sobretudo de origem cardiovascular, que incidem principalmente sobre os idosos. Em 1990, de acordo com o IBGE, a participação das causas morte por doenças infecciosas e parasitárias na mortalidade total já tinha caído a 5,1%, enquanto que as doenças do aparelho circulatório mantinham-se em 28,1% (IBGE,2002).

Mais recentemente, segundo dados do Ministério da Saúde (2005), as

doenças do aparelho cárdio-circulatório representam, na população em geral, a principal causa de óbitos no país (31,5%) e em todas as regiões, seguidas pelas neoplasias (15,3%), causas externas (14,9%) e doenças do aparelho respiratório (11,2%). No estado de Santa Catarina estes indicadores são bastante semelhantes sendo que as causas de óbito por doenças do aparelho cárdio-circulatório representam (31,8%), seguidas das neoplasias (18,6%), causas externas (14,5%) e doenças do aparelho respiratório (11,3%).

A população de idosos constitui um grupo de maior risco para o aparecimento das doenças degenerativas em geral, e cardiovasculares, em particular, além de apresentar maior número de comorbidades. Com isso, este aumento de idosos na população implica, em termos de utilização dos serviços de saúde, num aumento dos custos, pois exigem intervenções custosas, tecnologias complexas para cuidado adequado e longo tempo de internação hospitalar. É necessário, por conseguinte, que os profissionais de saúde se familiarizem cada vez mais com as modificações estruturais, funcionais, e hemodinâmicas relacionadas ao envelhecimento, a fim de melhor conduzir a terapêutica e o tratamento destes idosos. O idoso apresenta características próprias na manifestação das doenças, na resposta à terapêutica e no efeito colateral dos medicamentos.

Considerando que o idoso apresenta um perfil de morbimortalidade caracterizado por enfermidades crônicas (85%), na maioria múltiplas, estão mais susceptíveis ao evento de hospitalização. Entre as principais causas de internação hospitalar na faixa etária de 65 anos e mais no município de Florianópolis, estão as doenças: circulatórias (31,1%), respiratórias (15,8%), neoplásicas (13,2%), digestivas (10,0%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Portanto, os problemas de saúde são, sobretudo associados às doenças crônicas onde predominam as doenças do aparelho circulatório e a principal causa isolada de internação no Brasil é a insuficiência cardíaca congestiva (ICC), sendo que esta é uma doença crônica que exige cuidados especializados, procedimentos diagnósticos, acompanhamento e freqüentemente internação.

Portanto, embora a grande maioria dos idosos seja portadora de, pelo menos, uma doença crônica, muitos levam uma vida perfeitamente normal com suas doenças. Um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado saudável desde que mantenha o controle das mesmas. (BERGER, 1995)

A velhice aparece de maneira gradual e manifesta-se por perda progressiva das funções físicas e psíquicas, variando muito de indivíduo para indivíduo; a senescência como fenômeno natural não prejudica a saúde, mesmo que acompanhada de problemas que ocasionam diminuição da autonomia. Nem sempre as alterações ligadas à idade são previsíveis e resultam não só do envelhecimento, mas também da doença, do ambiente e de características pessoais.

A saúde é um assunto de interesse universal, esse conceito modificou-se muito nos últimos anos, e hoje em dia estar com saúde não significa apenas não estar doente. Para Dunn (apud Berger 1995), a saúde é um método integrado de funcionamento, orientado para maximização do potencial existente em cada um de nós. Já para Pelletier (1979 apud Berger, 1995), a saúde total é uma condição de paz interior e de harmonia na pessoa, livre de todos os medos e prisões, um estado de liberdade incondicional baseado num equilíbrio interno profundo.

Segundo Berger (1995), para certas pessoas estar com saúde significa sentir-se bem, estar em forma e feliz; a saúde é um estado dinâmico e um processo que se desenrola ao longo da vida, durante o qual cada um interpreta efeitos diferentes. Ao se falar de saúde e envelhecimento é impossível associar saúde à idade cronológica. Nas pessoas idosas é importante avaliar seu estado de saúde, sobretudo segundo uma compreensão pessoal e subjetiva. Neste sentido, a saúde pode ser considerada um processo de adaptação, um estado dinâmico em permanente transformação e em constante evolução.

Diante do exposto, para se fazer frente aos custos crescentes da assistência à saúde devido ao crescimento da população idosa e incorporação de novas tecnologias as estratégias estão voltadas particularmente para a redução do período de internação hospitalar, no melhor gerenciamento das doenças crônicas e no monitoramento dos fatores de risco como forma de prevenção de doenças e ou complicações evitáveis (VERAS, 2002).

As doenças cardiovasculares, antes consideradas doenças do desenvolvimento, hoje podem ser mais bem caracterizadas como doenças da urbanização e podendo ser explicada muito provavelmente pela mudança de hábitos alimentares, pelo excesso de estresse e poluentes ambientais. (RAMOS, 2002)

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morbimortalidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. No Brasil, as doenças

cardiovasculares representam a principal causa de mortalidade, superando a mortalidade por doenças infecto- parasitárias a partir da década de 1960. Entretanto, um interessante aspecto é que na última década tem-se observado uma tendência da queda progressiva da morbi-mortalidade cardiovascular; podendo estar associada a um melhor controle dos fatores de risco. Esta tendência de queda ocorre nas regiões Sul, Sudeste e Norte para todas as faixas etárias. Segundo Camarano (2002), as doenças do aparelho circulatório aparecem como principal causa de morte entre a população idosa em ambos os sexos no período de 1980 a 1997 e, como já citado anteriormente, sua participação relativa tem diminuído ao longo deste período. De 42,7% em 1980 para 39,4% em 1997 em idosos do sexo masculino e entre as mulheres de 46,9% em 1980 para 36,3% em 1997. Contudo, observa-se que os outros grupos de causa de morte tiveram sua participação relativa aumentada, destacando-se as doenças do aparelho respiratório e os neoplasmas.

Para as próximas décadas, a perspectiva é que a prevalência de doenças cardiovasculares continue aumentando em números absolutos, com o aumento da idade média de uma determinada população, mesmo que a taxa de mortalidade ajustada para a idade continue a mostrar declínio. Diante do exposto, no momento atual, devemos empregar esforços no sentido de ampliar a detecção de indivíduos de elevado risco de doença cardiovascular e ou suas complicações, intensificando medidas de prevenção. Porém, não existem ainda medidas preventivas de alta eficiência, estas em geral, são educativas envolvendo mudanças de hábitos de vida, especialmente no controle da progressão da doença. (RAMOS, 2002)

Em relação ao tratamento, as doenças crônicas não são passíveis de cura, para seu controle é fundamental a vigilância competente e aderência ao tratamento, evitando-se complicações e agravamentos.

Revela-se a importância de monitorar e acompanhar o paciente com múltiplas patologias, de modo a impedir a evolução de seu quadro de morbidade, visando a reduzir a deterioração da saúde. As ações de saúde adequadas e que conseguem estancar a cronificação da doença e reduzir a hospitalização não só permitem a melhoria do estado geral de saúde e qualidade de vida do paciente como também possibilita a redução de custos de saúde segundo Kalache (1996 apud VERAS, 2002)

2.1.2 Aspectos cardiogerítricos

O texto abaixo descreve aspectos relacionados da cardiogeriatría e o processo de envelhecimento segundo o Grupo de Estudos em Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia (GEBRAC/SBC), que define a I Diretrizes do Grupo de Estudos em Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia – GEBRAC/SBC, publicado no ano de 2002. (GEBRAC/SBC, 2002).

O envelhecimento e o coração

O envelhecimento produz alterações progressivas cardíacas estruturais, podendo ser observado o espessamento das valvas aórtica e mitral; a calcificação e fibrose levam ao aumento em sua espessura e rigidez, podendo interferir com o fechamento. Mas embora esses fenômenos possam levar à estenose aórtica, não é freqüente o comprometimento funcional por esses mecanismo

Segundo Affiune (2002), o coração da pessoa idosa apresentará alterações morfológicas e teciduais mesmo na ausência de doenças e ao conjunto dessas alterações convencionou-se chamar de “coração senil”. Considera o autor que essas alterações evolui diferente de indivíduos para indivíduos, contudo resultam em diminuição da reserva funcional, que é demonstrada pela diminuição da resposta cardiovascular ao esforço.

Nos vasos sangüíneos observa-se diminuição da elasticidade da parede vascular, conferindo-lhe maior rigidez. No miocárdio ocorre aumento na sua pigmentação, o número de miócitos diminui, ocorrendo aumento no tamanho dos remanescentes e maior deposição de células adiposas, pode observar-se o acúmulo de gordura no epicárdio, especialmente sobre o ventrículo direito e faixas de pericárdio espessado são também observadas.

Quanto ao sistema de geração e condução do estímulo, ocorre perda celular e substituição por tecido adiposo e fibroso. No nó sinusal, observa-se substancial diminuição do número de células marcapasso: cerca de 10% em relação a indivíduo saudável de 20 anos de idade, ocorre deposição de tecido adiposo em volta do nó sinusal, podendo levar ao isolamento completo desta estrutura. Esses mecanismos podem produzir disfunção sinusal, o sistema de condução não é exceção, sofrendo deposição de tecido adiposo, perda de células, fibrose e depósito

amilóide. Além disto, a calcificação do esqueleto cardíaco esquerdo é evidente podendo alterar a integridade do sistema de condução.

Em repouso, o débito cardíaco mantém-se normal, com a frequência cardíaca mais baixa, o aumento no volume sistólico é o responsável pelo débito cardíaco mantido. Com o exercício, a inabilidade de atingir a frequência cardíaca máxima impede que o idoso atinja o consumo máximo de oxigênio quando comparado a indivíduos jovens.

A Cardiogeriatría, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (GEBRAC/SBC, 2002), preconiza diretrizes, que visam servir de guia para o manejo do idoso. As condutas devem ser adaptadas e individualizadas de acordo com as peculiaridades de cada paciente idoso. São divididas em seis temas: Arritmias e Síncope, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Insuficiência Coronária, Hipertensão Arterial, Valvopatias e Prevenção Cardiovascular. Aspectos mais relevantes para o desenvolvimento do estudo são descritos a seguir.

I - Arritmias Cardíacas : atriais e ventriculares

Com o aumento na expectativa de vida, o diagnóstico de arritmias cardíacas é uma situação cada vez mais comum a sua incidência aumenta com a idade. O significado desses eventos pode ser muito variável, dependendo da origem, frequência, complexidade e presença de cardiopatia.

Na população de idosos, acima de 80 anos, pode-se observar, através de estudos, que a incidência de arritmias atriais e ventriculares é muito freqüente; no entanto, as arritmias complexas ou distúrbios da condução ou da geração do impulso são poucas (GEBRAC/SBC, 2002; WAJNGARTEN et al. 2002).

Estudos analisaram os fatores de risco para o desenvolvimento de fibrilação atrial (FA), sendo fatores de risco independentes, a insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial, doença valvar e infarto do miocárdio. Infarto do miocárdio mostrou ser fator de risco independente para homens, sendo que as mulheres mostraram maior probabilidade de desenvolver FA com a doença valvar do que os homens.

As manifestações clínicas das arritmias cardíacas são variáveis, podendo ocorrer palpitações, síncope, pré-síncope, dor precordial ou mesmo morte súbita, sendo que destas, a mais comum é a palpitação. A história clínica é importante na caracterização deste sintoma, que pode ocorrer na vigência ou não de arritmia cardíaca, devem ser observadas as características, o modo de início e de término,

freqüência do sintoma, sintomas associados e fatores desencadeantes. As palpitações podem ocorrer na ausência de arritmias cardíacas, muitas vezes geradas por mudanças bruscas do controle autonômico, como por exemplo, nos estados ansiosos e por outro lado, pode ser observada arritmia clinicamente relevante em pacientes assintomáticos, mesmo com taquicardia ventricular não sustentada.

II - Insuficiência Cardíaca Congestiva

O processo de envelhecimento associa-se a importantes alterações cardiovasculares mesmo independente de doenças associadas. As artérias tendem a tornar-se rígidas com a idade, diminuindo a elasticidade e a complacência da aorta e grandes artérias, as camadas musculares lisas se espessam, a elastina fragmenta-se progressivamente, sendo substituída por colágeno, não distensível, e a calcificação aumenta. As artérias apresentam também menor capacidade para dilatar-se ativamente, resultando menor aumento do fluxo sanguíneo em resposta a maiores demandas ou estresse fisiológico. Essas alterações físicas tendem a aumentar significativamente a sobrecarga mecânica no coração senescente que necessita propulsionar o sangue através de artérias mais rígidas, não elásticas e menos distensíveis. A pressão arterial sistólica aumenta e a pressão diastólica cai, pois as artérias rígidas perdem a elasticidade necessária para manter a pressão intravascular durante a diástole, tendo como conseqüência a pressão de pulso aumentada, o aumento da impedância à ejeção ventricular esquerda, resultando em hipertrofia miocárdica leve e fibrose intersticial (GEBRAC/SBC, 2002).

O coração senescente tem como uma de suas principais características o relaxamento mais lento, em parte devido ao aumento da rigidez parietal esquerda, diminuição da velocidade de enchimento e conseqüente prolongamento do tempo de enchimento ventricular. O enchimento incompleto durante a diástole precoce torna o coração do idoso altamente dependente da contração atrial durante o final da diástole, o encurtamento da diástole, que ocorre na taquicardia, ou a perda da contração atrial regular, como na fibrilação atrial, compromete adicionalmente o enchimento ventricular e reduz o débito cardíaco, mais no idoso do que em faixas etárias menores. A disfunção diastólica é importante causa de insuficiência cardíaca no idoso.

A contratilidade miocárdica não se altera significativamente em função da idade, mas sim por doenças associadas, principalmente hipertensão e doença arterial coronária, comuns na população idosa. O débito cardíaco tende a manter-se normal em repouso, durante exercício, porém observa-se redução da capacidade para atingir frequência cardíaca máxima e consumo de oxigênio máximo em idosos, comparados com indivíduos mais jovens.

Também é possível que algumas vias sinalizadoras da superfície celular no núcleo possam alterar-se com a idade, as mitocôndrias das células cardíacas são mais suscetíveis à lesão oxidativa do que outras partes da célula. Essas alterações podem contribuir à disfunção miocárdica, especialmente durante períodos de demanda metabólica aumentada ou estresse cardiovascular. A diminuição celular associa-se com formação aumentada de tecido conectivo, deposição de colágeno e ligações cruzadas firmes de suas fibras, de cálcio e proteína amilóide entre as células da parede ventricular, tornando o músculo cardíaco mais rígido e mais resistente às alterações de forma, requerendo mais energia para o coração dilatar-se.

O envelhecimento retarda a inativação dos canais de cálcio tipo L, aumentando a magnitude do influxo de cálcio em cada ciclo cardíaco, o que pode ser importante para preservar a função contrátil. Por outro lado, a dissociação do cálcio ionizado dos miofilamentos e sua recaptção no citoplasma pelo retículo sarcoplasmático diminuem com a idade, contribuindo para a disfunção diastólica do idoso; tanto a amplitude como a densidade da corrente de efluxo de cálcio diminuem com a idade, contribuindo, juntamente com o retardo na inativação dos canais de cálcio tipo L, ao prolongamento da duração do potencial de ação. (GEBRAC/SBC, 2002).

O sistema excitocondutor sofre perda celular, que pode comprometer até 50 a 75% das células marcapasso do nódulo, levando à queda da frequência sinusal intrínseca e máxima. As células do nódulo atrioventricular são habitualmente preservadas, embora possam ocorrer atraso na condução atrioventricular e prolongamento do intervalo PR. A fibrose aumentada do esqueleto fibroso dos anéis atrioventriculares, juntamente com a fibrose e perda de células especializadas do feixe de His e seus ramos podem induzir ao aparecimento de bloqueios diversos. As valvas cardíacas, principalmente aórtica e mitral, se espessam e surgem calcificações em suas bases.

É importante ressaltar que no idoso a disfunção diastólica precede habitualmente a disfunção sistólica e inclusive o desenvolvimento de hipertrofia ventricular esquerda. A proporção de insuficiência cardíaca diastólica nessa população é elevada, podendo corresponder a 40 a 50% dos casos nos indivíduos acima de 75 anos.

A regulação da pressão arterial apresenta também alterações associadas com a idade, devido à menor distensibilidade arterial e menor resposta dos barorreceptores. Alterações nas concentrações plasmáticas de noradrenalina, renina, angiotensina II, aldosterona, vasopressina e peptídeos natriuréticos contribuem ao aumento da pressão arterial com o envelhecimento.

A insuficiência cardíaca é causa freqüente de morbidade e mortalidade na população adulta. Sua prevalência aumenta progressivamente com a idade, ocorrendo em 1 a 2% entre 50 e 59 anos, e em até 10% nos indivíduos acima de 75 anos. A partir de 50 anos de vida a prevalência de insuficiência cardíaca quase duplica a cada década. Em pacientes com 65 anos ou mais, sendo a primeira causa de internação em idosos (5 a 10%) (GEBRAC/SBC, 2002; BATLOUNI e FREITAS, 2002).

Apesar do declínio constante na incidência de doença arterial coronariana e doença cerebrovascular, tanto a incidência como a prevalência da insuficiência cardíaca continuam aumentando. Essa tendência deve-se, principalmente, ao envelhecimento populacional e à melhora da sobrevida dos pacientes com doenças cardiovasculares, das quais insuficiência cardíaca é a via final comum. Nos idosos, mais de 70% dos casos de insuficiência cardíaca apresentam-se como etiologia subjacente hipertensão arterial ou cardiopatia isquêmica; outras causas relativamente freqüentes são as valvopatias, sobretudo estenose e/ou insuficiência aórtica e insuficiência mitral, e as miocardiopatias dilatadas idiopáticas, hipertróficas ou restritivas. (GEBRAC/SBC, 2002).

O melhor conhecimento da fisiopatologia da IC e dos mecanismos que exacerbam sua progressão propiciaram alguns avanços na terapêutica da síndrome. O tratamento atual visa não apenas aliviar os sintomas, melhorar a capacidade funcional e a qualidade de vida, mas também prevenir o desenvolvimento e a progressão da IC e reduzir a mortalidade. A esquematização terapêutica da IC é complexa, incluindo medidas preventivas, medidas gerais não farmacológicas,

medicamentos diversos, procedimentos cirúrgicos, uso de marcapasso cardíaco e dispositivos eletromecânicos.

O diagnóstico preciso da etiologia da IC e seu tratamento específico constituem medida fundamental. O controle da hipertensão arterial, inclusive da hipertensão sistólica isolada, comum no idoso, deve ser rigoroso e constante.

III - Insuficiência Coronária

A insuficiência coronária (ICo) representa atualmente, a principal causa de morte no idoso. Estudos envolvendo autópsias demonstram prevalência de doença arterial coronária (DAC) de 70%. Esses achados podem ser acidentais, permanecendo a doença silenciosa por toda a vida da pessoa e cerca de apenas 20 a 30% de idosos apresentam manifestações clínicas de ICo. Para Gamarski e Mohallem (2002), a ICo constitui-se em uma das principais causas de morte em pessoas acima de 65 anos de idade, sendo que nas mulheres esta é mais expressiva após os 75 anos.

Em muitos idosos, a doença manifesta-se precocemente, mas em outros, permanece silenciosa até a 7ª ou 8ª década. Apesar de a doença ser tão prevalente, existe certa dificuldade em seu diagnóstico, possivelmente devido à diferença nas manifestações clínicas da DAC em idosos e não-idosos. Geralmente a primeira manifestação de ICo em não-idosos é a angina típica de esforço, sendo facilmente reconhecível. Porém em idosos, a dor precordial típica ocorre em apenas metade dos coronariopatas podendo ser menos severa, ou não ocorrer, devido à atividade física limitada, pode ainda manifestar-se sob a forma de *"equivalentes anginosos"*, e, mais freqüentemente, a isquemia miocárdica apresenta-se sob a forma de *dispnéia* (devido a aumento transitório na pressão diastólica final de ventrículo esquerdo, causada por isquemia sobreposta à complacência ventricular diminuída pelo processo de envelhecimento); *edema agudo de pulmão*; *arritmia cardíaca* (palpitação, síncope); *ou forma silenciosa*, manifestando-se como *isquemia silenciosa, infarto agudo ou morte súbita* (GEBRAC/SBC, 2002).

A precordialgia no idoso pode ainda ser atípica e assumir diferentes formas, tais como dor nos ombros ou nas costas (confundindo com doença degenerativa), dor em região epigástrica (confundindo com úlcera péptica), dor pós-prandial ou noturna (sugerindo hérnia de hiato ou refluxo esofágico), e tornando necessária a realização de diagnóstico diferencial com refluxo e espasmo do

esôfago, úlcera péptica, colelitíase, distúrbios neuro-músculo-esqueléticos e estados de ansiedade.

1) Angina estável crônica

A prevalência de doença arterial coronária (DAC) sintomática até a idade de 65 anos, é maior no homem do que na mulher, passando a ser equivalente nos dois sexos a partir da 8ª década. Define-se angina estável crônica (AEC), aquela em que os sintomas devido à isquemia apresentam-se de forma inalterada há pelo menos dois meses, a AEC pode ser a primeira manifestação de DAC, ou pode surgir depois do infarto agudo do miocárdio (IAM) ou angina instável.

2) Infarto sem Supradesnivelamento do ST e Angina Instável

Estudos mostraram que a angina instável (AI) e o infarto agudo do miocárdio (IAM) são diferentes apresentações clínicas resultantes de um mecanismo fisiopatológico comum, que é a ruptura ou fissura da placa aterosclerótica, com diferentes graus de trombose e obstrução coronariana. Portanto, a expressão "síndromes coronarianas agudas" (SCA) tem sido utilizada para descrever uma série de condições clínicas que incluem: AI, IAM sem onda Q (geralmente se apresenta sem elevação do segmento ST - IAMSEST) e IAM com onda Q (geralmente se apresenta com elevação do segmento ST). As manifestações clínicas e o tratamento da AI são semelhantes aos do IAMSEST. Idosos apresentam maior incidência e pior prognóstico da SCA sem supra de ST do que os mais jovens.

A principal manifestação clínica é a dor precordial que ocorre geralmente em repouso, podendo localizar-se nas regiões epigástrica, dorsal, mandibular e membros superiores. Deve-se suspeitar também de isquemia miocárdica quando o paciente apresentar dispnéia, tontura, perda da consciência, indigestão inexplicada, sudorese, fraqueza e confusão mental.

3) Infarto Agudo do Miocárdio

O IAM continua sendo uma das principais causas de morte da atualidade. De acordo com a literatura especializada, 80% das mortes atribuídas ao IAM ocorre em indivíduos com idade superior a 65 anos. A recanalização da artéria coronária culpada, mediante o uso de fibrinolíticos e dos procedimentos de ICP, promoveu um

impacto significativo no tratamento do IAM, reduzindo a sua mortalidade para menos de 10%. Os idosos portadores de IAM são geralmente classificados como subgrupo de alto risco, associado, portanto, a maiores índices de morbidade e mortalidade (GAMARSKI e MOHALLEM, 2002; GEBRAC/SBC, 2002).

IV - Hipertensão Arterial Sistêmica

Embora haja tendência de aumento da pressão arterial com a idade, níveis de pressão sistólica >140mmHg e/ou de pressão diastólica >90mmHg não devem ser considerados fisiológicos para os idosos. Estudos epidemiológicos brasileiros (Estudo Multicêntrico do Idoso – E.M.I.) demonstram que a prevalência de hipertensão arterial entre idosos é bastante elevada e cerca de 65% são hipertensos e, entre as mulheres com mais de 75 anos, a prevalência de hipertensão pode chegar a 80%.

A hipertensão sistólica isolada é a mais prevalente entre os idosos, e parece estar mais associada a eventos cardiovasculares que a hipertensão diastólica ou sistólica e diastólica. Deve-se atentar para presença de pseudo-hipertensão, presença de hiato auscultatório e possibilidade de hipertensão do avental branco.

Segundo GEBRAC/SBC (2002), o objetivo do tratamento deve ser a redução da pressão arterial a níveis <140/90mmHg, nos pacientes com níveis muito elevados de pressão sistólica, esta pode ser mantida em níveis até 160mmHg. Nesse último grupo de pacientes, deve-se iniciar o tratamento com metade da menor dose recomendada e aumentar, lentamente, até atingir a dose terapêutica. A análise conjunta de vários estudos documentou redução média de 34% de acidentes vasculares cerebrais, 19% de eventos coronarianos e 23% nas mortes vasculares após seguimento médio de cinco anos, após redução de 12 a 14mmHg da pressão arterial sistólica e de 5 a 6mmHg da pressão arterial diastólica comparado com placebo.

O diagnóstico da hipertensão arterial é basicamente estabelecido pelo encontro de níveis tensionais permanentemente elevados acima dos limites de normalidade, quando a pressão arterial é determinada por meio de métodos e condições apropriados. Portanto, a medida da pressão arterial é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da hipertensão arterial.

Aceita-se como normal <130mmHg de pressão sistólica, e <85mmHg de pressão diastólica, sendo que níveis entre 130-139mmHg, e 85-89mmhg são considerados como normais limítrofes e conforme mencionado, níveis >140/90mmhg não devem ser considerados fisiológicos. Entretanto, em idoso com níveis muito elevados de pressão sistólica, pode-se visar até 160mmhg de pressão sistólica.

Na realidade, apesar de qualquer número ser arbitrário e qualquer classificação, insuficiente, a necessidade de sistematização obriga uma definição operacional para separar indivíduos sãos dos doentes e podemos ter maior ou menor risco cardiovascular, tanto acima como abaixo do número limítrofe, quando o paciente é considerado individualmente.

Há necessidade de extrema cautela antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de falso-positivo como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante. A decisão terapêutica deve levar em conta além dos valores da pressão arterial, a presença ou não de lesões em órgãos-alvo e de fatores de risco cardiovascular associados, sendo considerados fatores de risco maiores: tabagismo, dislipidemia, diabetes mellitus, lesões em órgãos-alvo ou doenças cardiovasculares, doenças cardíacas (hipertrofia ventricular esquerda, angina ou infarto prévio do miocárdio, revascularização miocárdica prévia, insuficiência cardíaca), episódio isquêmico ou acidente vascular encefálico, nefropatia, doença vascular arterial periférica e retinopatia hipertensiva.

A crise hipertensiva é dividida em urgência e emergência hipertensivas, nas urgências hipertensivas, os aumentos da pressão arterial, por mais elevados que sejam, não estão associados a quadros clínicos agudos, como obnubilação, vômitos, dispnéia, etc. e, portanto, não apresentam risco imediato de vida ou de dano agudo a órgãos-alvo (como, por exemplo, hipertensão acelerada e hipertensão perioperatória). Nessa situação, o controle da pressão arterial deve ser feito em até 24h. Inicialmente, a pressão arterial deve ser monitorizada por 30min e caso permaneça nos mesmos níveis, preconiza-se a administração, por via oral, de um dos seguintes medicamentos: diurético de alça, betabloqueador, inibidor da ECA, ou antagonista do canal de cálcio. Nas emergências hipertensivas, a crise é acompanhada de sinais que indicam lesões em órgãos-alvo em progressão, tais como encefalopatia hipertensiva, acidente vascular encefálico, edema agudo de pulmão, infarto do miocárdio e evidências de hipertensão maligna ou de dissecção aguda da aorta. Nesses casos, há risco iminente de vida ou de lesão orgânica

irreversível, e os pacientes devem ser hospitalizados e submetidos a tratamento com vasodilatadores de uso endovenoso, como o nitroprussiato de sódio ou a hidralazina; depois de obtida a redução imediata dos níveis de pressão, deve-se iniciar a terapia anti-hipertensiva de manutenção e interromper a medicação parenteral.

Nas situações citadas anteriormente, a abordagem do paciente idoso deve ser muito cuidadosa pela elevada associação com outras situações clínicas, potencialmente graves que podem ser agravadas com a redução abrupta da pressão arterial.

V - Valvopatias

As valvopatias são a terceira causa mais freqüente de insuficiência cardíaca congestiva no idoso, após a isquemia miocárdica e hipertensão arterial sistêmica. As calcificações degenerativas no idoso se desenvolvem em várias estruturas cardíacas, e as áreas comuns são o esqueleto fibroso cardíaco e a porção fibrosa das cúspides valvares. É possível que processo semelhante à aterosclerose participe na determinação de alguns desses processos degenerativos, a degeneração cálcica valvar tem se mostrado como um processo característico do envelhecimento, os processos degenerativos extensos podem dar origem a disfunções hemodinâmicas e elétricas, comprometendo ainda mais o quadro clínico.

A valvopatia aórtica calcificada ou degenerativa é a lesão mais comumente encontrada em pacientes idosos e a calcificação do anel mitral é outra dessas manifestações. No idoso registram-se ainda casos reumáticos, congênitos e degenerativos mixomatosos, acrescentando-se as valvopatias decorrentes de processo isquêmico, além dos secundários à dilatação de raiz de aorta. Uma peculiaridade notável da população geriátrica é a presença freqüente de comorbidades. Afecções como doença arterial coronariana, hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença cerebrovascular, doença vascular periférica, diabetes mellitus e insuficiência renal, com freqüência são diagnosticadas nos pacientes idosos portadores de valvopatias, principalmente após os 75 anos. Essas associações exercem influência nas decisões terapêuticas e no prognóstico dessa população face a procedimentos corretivos de suas valvopatias (GEBRAC/SBC, 2002).

O reconhecimento da doença valvar no idoso é dificultado por um quadro complexo, caracterizado por manifestações atípicas e pela presença de doenças associadas. Desta forma, sintomas como dor no peito, dificuldade respiratória, tontura, síncope e intolerância ao exercício que refletem queda de débito cardíaco, muitas vezes não são considerados para o diagnóstico de valvopatia nos idosos, apesar da apresentação clínica compatível.

A história clínica nem sempre retrata os sintomas com precisão cronológica, devido às múltiplas doenças, traduzindo a dificuldade do idoso muitas vezes para expressar seus sintomas. Com o curso da doença, os sintomas podem se acentuar com a possibilidade do surgimento de dispnéia paroxística noturna, edema agudo de pulmão e hemoptise. Outras vezes, a doença permanece silenciosa, sendo reconhecida clinicamente por início súbito, devido a quadro de insuficiência cardíaca, então a superposição de sintomas e achados inespecíficos prejudicam o reconhecimento.

Muitas vezes não são considerados como indicativos de lesões valvares hemodinamicamente importantes, e sim atribuídos em boa parte a manifestações do envelhecimento com o esperado descondicionamento físico, ou mesmo a outras morbidades. Por outro lado, sopros cardíacos que se constituem em expressão muito representativa das lesões valvares, costumam ser comuns na população de idosos, e assim menos valorizados, além de ocasionalmente estarem de fato ausentes em valvopatias graves.

Além disso, modificações próprias do envelhecimento alterando características de elasticidade das artérias, podem atenuar ou acentuar manifestações periféricas atribuíveis a distúrbios hemodinâmicos das valvopatias, dificultando assim o seu reconhecimento. O estabelecimento de condutas terapêuticas para os idosos necessita individualização.

Segundo GEBRAC/SBC (2002), estudos têm mostrado que, se por um lado a presença de fatores de risco declina em pacientes acima de 75 anos, provavelmente pela seleção natural ocorrida, por outro lado, as doenças cardiovasculares continuam sendo mais prevalentes nos idosos. Observa-se ainda que, apesar do risco relativo de doença cardiovascular diminuir com a idade, o risco absoluto de morbidade e mortalidade aumenta.

O controle dos fatores de risco exerce proteção cardiovascular tanto na evolução da doença quanto no desencadear de eventos agudos e, pelo menos sob o

ponto de vista teórico, não existe razão para se privar o idoso dessa proteção. A abordagem do paciente em relação à prevenção deve levar em conta as relações de custo/benefício, risco/benefício e qualidade de vida; são considerados nestas diretrizes, os fatores de risco clássicos e os fatores mais recentemente considerados como: tabagismo, dislipidemias, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia e diabetes mellitus.

2.2 Estudos em Enfermagem

Atualmente, o aprofundamento do conhecer científico nas determinadas áreas de cuidado tem se mostrado fundamental na enfermagem. O cuidado mais especializado visa a melhoria da qualidade da assistência em geral, sendo resultado de conhecimentos específicos e treinamento de habilidades do profissional enfermeiro na área em questão.

Na área da cardiologia, destaca-se a Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular – SOBENC, sendo que esta sociedade visa congrega enfermeiros interessados e/ou envolvidos no gerenciamento da assistência de enfermagem cardiovascular para melhoria contínua do atendimento ao cliente e o desenvolvimento científico deste profissional. (SOBENC, 2005)

Através de um pequeno contexto que procurei conhecer de instituições especializadas em cardiologia, percebe-se que existe uma preocupação por parte das mesmas em buscar o aperfeiçoamento profissional devido à complexidade da assistência à pessoa cardíaca e a importância de preparar adequadamente a equipe de enfermagem. Vale ressaltar que o enfermeiro, como sendo profissional que aborda inicialmente o paciente cardiopata, deve estar bem preparado técnica e cientificamente, muitas vezes tem competência para decidir a necessidade do atendimento de urgência ou o seu encaminhamento para outros setores.

A importância do profissional enfermeiro dentro da equipe multidisciplinar, no cuidado junto à pacientes cardiopatas também pode ser observada no estudo de Colombo, et al. (1997), onde 55,1% desejavam obter informações sobre a sua doença. Dentre elas pode evidenciar: queriam informações sobre o seu diagnóstico;

mostravam-se preocupados com os meios de prevenção relacionados à sua doença, gostariam de informações referentes as causas do IAM, sabiam o seu diagnóstico mas não compreendiam o seu significado, sentiram a necessidade de ser orientados em relação à reabilitação, tinham dúvidas quanto ao tratamento e outros desejavam informações quanto à probabilidade de reinfarcto. No estudo, foi possível a reflexão sobre a necessidade de investir-se na educação do indivíduo que já apresentou uma manifestação grave da cardiopatia a fim de contribuir para a sua qualidade de vida e prevenir a reincidência de infarcto. Os resultados deste estudo apontam para o fato de estar trabalhando com pessoas que possuem, em seu estilo de vida, hábitos que propiciam a manutenção ou progressão da doença coronariana e suas diversas formas de manifestação clínica, dentre eles: HAS, tabagismo, sedentarismo, obesidade entre outros, porém a maioria dos pacientes, não correlacionou esses fatores com o infarcto que os acometeu, o que vem confirmar o seu baixo nível de informação e a necessidade de um programa educacional específico para esse grupo. Com o empenho dos profissionais de saúde e o conhecimento da população que estão assistindo talvez se possa desenvolver mecanismos que levem os indivíduos a assumirem uma atitude ativa diante de sua doença, conhecendo e controlando os fatores de risco presentes no seu estilo de vida.

Colombo, et al (1997), neste estudo desenvolvido com pacientes acometidos por infarcto agudo do miocárdio, afirma que a educação em saúde só poderá ser um instrumento de trabalho para os profissionais de saúde, se estes conhecerem a população que estão assistindo, podendo levar em consideração suas peculiaridades, suas limitações e conseqüentemente as reais possibilidades de atuação da equipe de saúde. No caso deste estudo considerei a importância da enfermagem gerontológica e as individualidades do idoso cardiopata para o desenvolvimento do cuidado.

O trabalho multidisciplinar aparece na abordagem das instituições, e é uma realidade essencial que contribui para o desenvolvimento dos profissionais da área, bem como para a melhoria da qualidade de atendimento e encaminhamento do paciente de forma global dentro de necessidades específicas. O estudo de Macedo (2003), revela que a enfermagem na assistência aos idosos em unidades básicas de saúde demonstra a falta de qualificação dos profissionais na área, havendo ainda predomínio de ações curativas e assistemáticas par promoção da saúde.

No contexto geral da enfermagem, a articulação de profissionais de saúde aparece como estratégia de construção de uma sociedade mais saudável e participativa, bem como de um sistema de saúde mais democrático e adequado às condições de vida da população, voltando-se à realidade do paciente e valorizando o contexto em que estão inseridos de forma a possibilitar o diálogo com o ser humano através de ações educativas para o autocuidado.

Segundo estudo de Freitas, et al. (2002), no que diz respeito às tendências de pesquisa na área de gerontologia, estas, têm dado ênfase à importância da promoção da saúde através da educação para o autocuidado, possibilitando a autonomia e a independência do idoso. Além disso, salientam a necessidade de se implementar serviços de promoção à saúde, preservação da vida e recuperação de doenças, de modo que a qualificação de pessoas para cuidar de idosos, reflita-se no desempenho do cuidado.

Estudos tem sido realizados em nosso meio utilizando a Teoria do Autocuidado na assistência de Enfermagem com idosos. Alvarez (1990), desenvolveu estudo sobre as necessidades e potencialidades de mulheres idosas, a conclusão da autora é de que independente da idade, as pessoas desenvolvem ações efetivas de autocuidado buscando seu bem estar.

Schier (2001), buscou conhecer de que forma a ação educativa participativa de enfermagem desperta na pessoa idosa e família a percepção e a compreensão do autocuidado, obtendo o resultado de que o trabalho de grupo construído com os sujeitos do cuidado e do autocuidado é possível, mobilizando os participantes para novas tomadas de consciência, resultando em independência, interdependência e autonomia para o autocuidado e portanto um viver mais saudável.

Francione (2002), desenvolveu um processo educativo com um grupo de portadores de doenças crônicas, estimulando o desenvolvimento de atividades de autocuidado bem como a compreensão do viver com diabetes mellitus; concluiu que o autocuidado está diretamente relacionado com a vontade de aprender as formas de controlar a doença, que o enfermeiro deve reconhecer as etapas do processo de aceitação e contribuir para conscientização a respeito da doença e que o ser humano é quem deve avaliar o seu processo saúde-doença e praticar ações de autocuidado no momento em que se sentir capaz.

Lopes (2003), utilizou o referencial teórico de Orem junto à doença crônica para sistematizar um programa de pacientes portadores de hipertensão arterial. Os planos assistenciais foram implementados utilizando o sistema de apoio-educativo buscando o desenvolvimento do autocuidado. Os resultados foram significativos, principalmente na adesão do tratamento medicamentoso.

Santos (2003), revela o cuidado à luz da possibilidade em efetivar o autocuidado junto aos pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, neste caso, com a necessidade de participação efetiva do enfermeiro nas necessidades de autocuidado.

Os estudos anteriormente citados, comprovam a viabilidade da utilização da Teoria do Autocuidado com pessoas idosas bem como sua importante relação com o processo de educação em saúde. É fundamental o reconhecimento do potencial do idoso para manutenção e desenvolvimento de suas habilidades, motivando-o para a busca do envelhecer saudável; considerar o ser humano idoso e família como seres capazes de aprender para vir a “ser mais” e assim desenvolver atividades de autocuidado, objetivando a manutenção da autonomia, tornando-os parceiros ativos e co-responsáveis no processo de atenção à saúde.

3 MARCO CONCEITUAL

O presente estudo está baseado na Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem. A escolha da teoria se deu em função da reflexão da prática, na busca de desenvolver ações de educação em saúde para o autocuidado e ir mais além, sendo necessário que as pessoas tenham consciência da importância da saúde para que sejam sujeitos de sua própria saúde e do ambiente em que estão inseridos.

Além disso, busquei nesta escolha teórica, conceitos que viessem contribuir com a prática, fundamentando-a e dando um novo olhar à assistência de enfermagem aos portadores de cardiopatias atendidos na emergência do HU. Pois acredito que a educação em saúde seja fundamental para desenvolvimento de ações de autocuidado e que o profissional de saúde deve ser um facilitador deste processo, através de ações educativas que possam contribuir para a qualidade da assistência aos usuários dos serviços de saúde.

3.1 Teoria de Enfermagem de Dorothea Elizabeth Orem

Para a elaboração do texto abaixo foi utilizada basicamente a bibliografia das autoras Foster e Bennet, colaboradoras no livro de George (2000), com a apresentação da Teoria de Dorothea E. Orem.

As teorias, segundo George (2000), "constituem uma forma sistemática de olhar para o mundo para descrevê-lo, explicá-lo, prevê-lo ou controlá-lo". Uma teoria se baseia em suposições, sendo composta por conceitos, definições, modelos e proposições; deve criar uma nova visão perante um fenômeno, ter conceitos simples e claros, ser possível de generalização, deve contribuir para o conhecimento da disciplina e ter aplicabilidade prática e ser compatível com as outras teorias, leis e princípios já confirmados.

Para Meleis (1991 apud George, 2000) a teoria de enfermagem é definida como conceitualização da realidade inventada ou descoberta na enfermagem, tendo

como finalidade descrever, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem.

Dorothea Elizabeth Orem desenvolveu a Teoria do Déficit do Autocuidado que é a essência da teoria geral. Orem concluiu seus estudos no início dos anos 30 no *Providence Hospital School of Nursing*, em Washington, D.C. Em 1939, obteve o grau de bacharel em ciências e em educação para a enfermagem e o título de mestre em enfermagem foi obtido em 1945, na *Catholic University of American*. Desde 1970 trabalha como consultora em enfermagem e educação para enfermagem, para a firma de Orem e Shields, em Chevy Chase, Maryland. No período de 1958 a 1959 participou de um projeto para aperfeiçoar o treinamento em enfermagem prática durante sua atuação como consultora do *Office of Education, Department of Health, Education and Welfare*. Então, a partir deste trabalho Orem buscou resposta à seguinte questão: *Qual é a condição existente numa pessoa, quando lhe é determinado, por ela mesma ou por outra pessoa, submeter-se a cuidados de enfermagem?* A condição encontrada foi a do autocuidado, ou seja, as pessoas cuidam de si mesmas quando capazes e quando não, necessitam da ajuda da enfermeira para providenciar a assistência necessária, ou quando os responsáveis pelo cuidado não são capazes de proporcioná-los.

Orem desenvolveu e publicou suas idéias em quatro edições do livro *Nursing - Concepts of Practice*. Primeiramente, desenvolveu os conceitos de autocuidado, centralizando seu foco no indivíduo. Logo ampliou para unidades multipessoais (famílias, grupos e comunidades). Em 1985, apresentou a Teoria Geral de Enfermagem, formada por três construtos teóricos: Teoria do Autocuidado, Teoria das Deficiências do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. E em 1991 formula sua teoria geral buscando o entendimento de características concretas na prática da enfermagem.

Orem desenvolveu A Teoria do Déficit do Autocuidado que é a essência da Teoria Geral, pois delinea a intervenção profissional, onde a atuação da enfermeira é necessária; quando a exigência de autocuidado apresentada pelo indivíduo é maior do que a capacidade que ele tem para o autocuidado.

3.1.1 A Teoria Geral do Autocuidado

A Teoria Geral do Autocuidado refere-se à existência de uma exigência de cuidado pela enfermeira, quando há incapacidade do indivíduo de manter a

quantidade e a qualidade do autocuidado para manutenção da vida e saúde.

É formada por três teorias que se interrelacionam, a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. O foco do autocuidado individual é ampliado com a inclusão de unidades multipessoais (a família, grupos e comunidade), sendo assistidos pela enfermeira no desenvolvimento das ações de autocuidado.

3.1.2 Teoria do Autocuidado

Na Teoria do Autocuidado é importante a compreensão dos conceitos de autocuidado, ação de autocuidado, fatores condicionantes e demanda terapêutica de autocuidado. Para Orem (1991 apud George, 2000), autocuidado é:

O autocuidado é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem estar; quando efetivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano, contribuindo para o desenvolvimento humano.

A ação de autocuidado é a capacidade humana de engajar-se no autocuidado, sendo que a mesma pode ser afetada por fatores condicionantes básicos como a idade, sexo, estado de saúde, sistema familiar, fatores sócio-econômicos e culturais, ambiente, etc.

A demanda terapêutica de autocuidado é a totalidade de ações de autocuidado a serem praticadas em certo tempo para atender às exigências de autocuidado.

Orem (1991 apud George, 2000) apresenta os requisitos para o autocuidado. Estes conceitos fazem parte da teoria e requerem as ações voltadas para a provisão de autocuidado, as quais são feitas pela própria pessoa ou por outrem. Os requisitos de autocuidado são categorizados em três tipos: universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde.

O conceito de requisitos de autocuidado universal se refere às atividades do cotidiano e é comum a todos os indivíduos, estando presente em todas as etapas do ciclo vital. Orem identifica como:

- a manutenção de ingestão suficiente de ar;

- a manutenção de ingestão suficiente de água;
- a manutenção de ingestão suficiente de alimento;
- a provisão de cuidados, associada a processos de eliminação e excreção;
- a manutenção de um equilíbrio entre atividade e descanso;
- a manutenção de um equilíbrio entre solidão e interação social;
- a prevenção de riscos à vida, ao funcionamento humano e ao bem estar;
- a promoção do funcionamento e desenvolvimento humanos, em grupos sociais, conforme o potencial humano, limitações humanas conhecidas e o desejo humano de ser normal.

Os requisitos desenvolvimentais de autocuidado se referem às exigências de autocuidado nas várias etapas do desenvolvimento humano. Estes requisitos classificam-se em dois subtipos: os relacionados à provisão de cuidados para prevenir os efeitos negativos das condições adversas; e a provisão de cuidados para diminuir ou superar os efeitos negativos existentes de uma condição ao acontecimento vital particular.

Os requisitos de autocuidado no desvio de saúde é exigido e aparece nas condições de doença, ou em consequência de medidas médicas para diagnóstico e tratamento. Os requisitos para o autocuidado no desvio de saúde são:

- busca e garantia de assistência médica adequada;
- conscientização e atenção aos efeitos e resultados de condições e estados patológicos;
- execução efetiva de medidas prescritas pelo médico;
- conscientização e atenção, ou regulação de efeitos desagradáveis de medidas médicas;
- modificação do autoconceito e autoimagem, na aceitação de si como estando em estado especial de saúde e necessitando de formas específicas de tratamento e cuidados;
- aprendizado da vida associado a condições patológicas, bem como de efeito de medidas diagnósticas e terapêuticas, em busca de um estilo de vida que promova o desenvolvimento contínuo do indivíduo.

O autocuidado é uma prática da pessoa desenvolvida em seu benefício e por ela mesma ou por outra pessoa. A essência do objetivo do autocuidado é o autocontrole, a liberdade, a responsabilidade do indivíduo e a busca pela melhoria

de sua qualidade de vida. Logo, a assistência prestada surge das necessidades e preferências do indivíduo, e não do profissional.

3.1.3 Teoria do Déficit de Autocuidado

A Teoria do Déficit de Autocuidado delinea quando a enfermeira é necessária para assistir ao indivíduo no autocuidado. O indivíduo possui competência/habilidade específicas para o autocuidado assim como as exigências de autocuidado terapêutico- atividades de enfermagem; mostrando que quando há maior demanda do que competência de autocuidado, a enfermagem se faz necessária. Assim, a enfermeira faz o diagnóstico da situação e propõe uma ação de enfermagem, que busca restabelecer o potencial de autocuidado do indivíduo.

A enfermeira pode ajudar o outro usando alguns métodos citados por Orem para proporcionar a assistência com o autocuidado, são eles:

- agir ou fazer para o outro,
- guiar e orientar,
- proporcionar apoio físico e psicológico,
- proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal,
- ensinar.

3.1.4 Teoria de Sistemas de Enfermagem

A Teoria de Sistemas de Enfermagem baseia-se nas exigências de autocuidado e nas capacidades do cliente para execução de atividades de autocuidado. O planejamento das ações de autocuidado é realizado pela enfermeira permitindo que conheçam e auxiliem na demanda terapêutica de autocuidado.

Nesta Teoria três sistemas de enfermagem são identificados para preencher os requisitos de autocuidado, sendo eles: sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio- educação.

No sistema totalmente compensatório, o indivíduo é incapaz de realizar ações de autocuidado, estando totalmente dependente para o autocuidado, então a enfermeira identifica e presta assistência ao indivíduo. A enfermeira realiza os

cuidados enquanto alguns dos fatores que afetam a competência para o autocuidado estão comprometidos, atua sobre as capacidades afetadas e as preservadas, de maneira a equilibrar a relação autocuidado e capacidade para o autocuidado, estimulando a participação nos cuidados. Os subtipos deste sistema são os sistemas de enfermagem aplicados para: pessoas incapazes de empenhar-se em qualquer forma de ação voluntária; pessoas conscientes com poder de decidir sobre o autocuidado, porém sem condições de desempenhar mobilização; e as pessoas incapazes de atender as suas necessidades e decidir sobre o autocuidado, mas podem mobilizar-se e realizar algumas ações de autocuidado sobre supervisão.

No sistema parcialmente compensatório, tanto a enfermeira quanto o cliente executam medidas ou ações de cuidado. A enfermeira incentiva o indivíduo a assumir progressivamente o autocuidado de acordo com suas condições de saúde.

No sistema de apoio-educação, a pessoa realiza o autocuidado ou pode aprender a desempenhá-lo, porém exige o aprendizado de ações de cuidado. Este sistema também pode ser considerado como um sistema de apoio desenvolvimental. Nesse caso as ações se referem ao aprendizado necessário para a tomada de decisões, controle do comportamento e aquisição de conhecimentos e habilidades para o autocuidado, sendo este o foco de atuação da enfermeira no estudo.

A Teoria Geral de Enfermagem de Orem apresenta como principais conceitos: ser humano, saúde, enfermagem, sociedade e autocuidado. O processo de enfermagem de Orem, composto por três fases, representa um método para determinar déficits de autocuidado, planejar o sistema e a assistência de enfermagem e avaliar os papéis do indivíduo e da enfermeira no atendimento das exigências de autocuidado.

A Teoria de Orem revela-se de grande importância, proporcionando uma base compreensiva para a prática de enfermagem e tem aplicabilidade em vários campos de atuação profissional como nas áreas de educação, prática clínica, administração, etc.

No estudo junto aos idosos foi fundamental compartilhar as ações de autocuidado com o indivíduo e família, interagindo através da ação educativa. A prática educativa compõe a teoria de Orem, onde enfermeira e indivíduo caminham juntos para atingir a meta do autocuidado.

Em relação às Pressuposições Básicas de Orem (1991 apud Leopardi, 1999), estas são descritas como:

- A Enfermagem é um serviço de ajuda deliberado, desempenhado pelos enfermeiros para outras pessoas, por um período de tempo.
- As pessoas são capazes e desejam desempenhar autocuidado para si e para os membros dependentes da família.
- Autocuidado é a parte da vida necessária à saúde, ao desenvolvimento humano e ao bem-estar.
- Educação e cultura influenciam os indivíduos.
- Autocuidado é aprendido através da interação humana e comunicação.
- Autocuidado inclui ações deliberadas e sistemáticas desempenhadas para tornar conhecidas necessidades de cuidado.
- As pessoas podem ser autoconfiantes e responsáveis por seu próprio autocuidado tanto quanto do cuidado a outros na sua família que não estão capazes de cuidarem de si mesmos.
- As pessoas são indivíduos com identidades que são distintas dos outros e do seu meio ambiental.

3.3 Pressupostos e Conceitos do Estudo

Segundo Meleis (1991 apud George, 2000) a teoria de enfermagem é uma conceitualização articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta na enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem. As teorias são compostas de conceitos e proposições e são baseadas em pressupostos declarados apresentados como suposições. Os pressupostos teóricos, assim como uma declaração de valor ou ética, podem ser tomados como verdade, pois não podem ser empiricamente testados.

Os conceitos são palavras que representam a realidade e facilitam a nossa capacidade de comunicação e constituem os componentes básicos da teoria. Os conceitos podem ser classificados conforme sua capacidade de serem observados no mundo real, em empíricos, inferidos ou abstratos Webster (1991 apud GEORGE,2000).

Com base na teoria apresento os pressupostos e descrevo os conceitos que nortearam a prática.

3.3.1 Pressupostos

- O ser humano é único, repleto de experiências e de potencialidades, inseridos em uma sociedade, capaz de aprender e desenvolver-se para transformar a realidade de vida e saúde;
- O ser humano é histórico, cultural e capaz de pensar e agir conforme as suas próprias crenças e valores;
- O ser humano é capaz de autocuidar-se e cuidar do outro quando necessário, desempenhando estas atividades em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem estar;
- O ser humano é social, interage na comunidade, e está inserido, geralmente, num contexto familiar, sendo esse considerado a base de sustentação e apoio ao indivíduo, sendo de fundamental importância no cuidado à sua saúde;
- O ser humano e familiares são considerados sujeitos ativos de sua saúde, com capacidade para o aprendizado;
- A pessoa idosa tem potencial para desenvolver aprendizado e desenvolver o autocuidado, bem como compartilhar seu saber e sua experiência de vida, possibilitando aos indivíduos uma reflexão sobre o viver envelhecendo;
- A enfermagem é ciência e arte que presta cuidados ao ser humano de acordo com as necessidades individuais de maneira humanizada e no processo de cuidar promove o paciente como agente de autocuidado;
- A educação em saúde no processo de cuidar em enfermagem cria possibilidades para produção ou a construção do conhecimento, tornando o indivíduo competente para perceber e entender suas necessidades de autocuidado e transformar a realidade de sua situação de saúde;
- Através do diálogo, a troca de informações entre cliente, família e profissional de enfermagem favorece uma assistência de enfermagem mais adequada e permite ao cliente o desenvolvimento do potencial para o autocuidado.

3.3.2 Conceitos

Seguem os principais conceitos do estudo baseados em Orem segundo

Foster e Bennett (apud George, 2000) e na concepção de educação de Freire.

SER HUMANO

Para Orem, **os seres humanos** diferem de outras coisas vivas por sua capacidade de refletir acerca de si mesmos e de seu ambiente, de simbolizar aquilo que vivenciam, e de usar criações simbólicas (idéias, palavras) no pensamento, na comunicação e no direcionamento de esforços para realizar e fazer coisas que trazem benefício a si mesmos e a outros. Orem acredita que os indivíduos têm potencial para aprender e desenvolver-se. A forma como o indivíduo preenche as necessidades de autocuidado não é instintiva, mas um comportamento aprendido e se o indivíduo não pode aprender as medidas de autocuidado, outros devem aprender a proporcioná-los.

No estudo, **o ser humano idoso** é compreendido como ser único, sujeito de sua história, completo de potencialidades, porém com capacidades biopsicossocial individuais e necessidades especiais requeridas nesta fase do processo de viver. O ser humano idoso é social, interage na comunidade, e está inserido, geralmente num contexto familiar, sendo este considerado a base de sustentação e apoio ao indivíduo, e de fundamental importância no cuidado à sua saúde. Ambos, ser humano idoso e familiares, são considerados sujeitos ativos de sua saúde, com capacidade para receber informações, aprender e transformar a realidade. Sendo portanto o idoso cardiopata e familiares capazes de desenvolver o senso de responsabilidade pela sua própria saúde, e conseqüentemente conscientes de seus direitos à assistência de saúde e de seus deveres para com a sociedade.

No estudo, **o ser humano enfermeiro** se caracteriza como profissional que numa interação direta, interrelaciona-se com ser humano idoso cardiopata e familiar, cuidando, ensinando e aprendendo. Neste processo, compartilha saberes e está aberta e disponível para ensinar, respeitando o idoso em sua dignidade e identidade. Busca o desenvolvimento de ações que despertem a importância da independência e autonomia para o autocuidado, bem como uma reflexão de sua real situação de saúde para a transformação da realidade, visando melhorar a qualidade do viver envelhecendo com cardiopatia. A enfermeira ao cuidar do idoso cardiopata tem a oportunidade de aprender ao ensinar, refletindo sobre as condições gerais de

saúde da população, bem como de sua condição de profissional inserida em um sistema de saúde.

SAÚDE

Orem apoia-se no conceito de **saúde** da OMS, como estado de bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Declara que os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais são inseparáveis no indivíduo. Apresenta também a saúde com base no conceito de cuidado preventivo, esse inclui a promoção e manutenção da saúde (prevenção primária), o tratamento da doença (prevenção secundária) e a prevenção de complicações (prevenção terciária).

Para Cardoso e Gonçalves (1996), as deficiências e incapacidades que aparecem no processo de envelhecimento interferem na autonomia e independência do idoso, mas tais alterações não significam que os idosos não sejam capazes de tomar suas próprias decisões.

No estudo, a **saúde** faz parte do processo de viver envelhecendo que é considerado como uma etapa da continuidade do viver humano, porém com particularidades. Este é individual e singular para cada idoso, refletindo o vivenciar de cada etapa de sua vida, bem como as capacidades de aprendizado, enfrentamento e comportamento no processo de desenvolvimento humano. As condições de doenças crônicas e comorbidades, muito freqüentemente, estão presentes no processo de envelhecimento, porém o idoso pode viver saudável e com autonomia ainda que presente esta condição de cronicidade.

ENFERMAGEM

Para Orem, a **enfermagem** é uma ação humana baseada tanto na auto-ajuda quanto na ajuda de outros, ação desejável e necessária. Ação humana diferenciada das outras ações por seu enfoque sobre as pessoas incapacitadas, visando manter provisão contínua dos cuidados de saúde. A enfermagem difere de outros serviços humanos pela maneira como ela focaliza os seres humanos (GEORGE,2000).

No estudo, a **enfermagem** é entendida como ciência e arte que presta cuidados ao ser humano idoso cardiopata e seu familiar cuidador, de acordo com as necessidades individuais de maneira integral e humanizada. Nesse processo de

cuidar é objeto de ação, promovendo o paciente como agente de autocuidado através do olhar educativo.

AUTOCUIDADO

Orem (1991 apud George, 2000), define o **autocuidado** como sendo o desempenho ou a prática de atividades, que os indivíduos realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem estar. A ação de autocuidado constitui uma capacidade humana que significa a habilidade para engajar-se em autocuidado, sendo afetada por fatores condicionantes básicos. Autocuidado se refere ao cuidado dispensado pela própria pessoa, ou seja, seu empenho contínuo para a continuidade de sua própria existência; e também ao cuidado dispensado por outros para a saúde e bem estar de membros dependentes de um grupo social, geralmente, em nossa cultura, a família. Quando o indivíduo não consegue aprender medidas de autocuidado, devido a certas circunstâncias específicas, outros aprendem os cuidados e os proporcionam.

No estudo, o **autocuidado** é entendido como a ação de cuidar de si mesmo ou de outro quando este não pode realizá-la para manutenção de sua saúde em geral. A enfermeira conhece a demanda de autocuidado e com isso desenvolve com idoso e familiar sua própria ação de autocuidado, numa contínua de interação entre prática dos cuidados de enfermagem e a teoria.

AMBIENTE

Orem entende o **ambiente** como um conjunto de condições em que o homem está inserido, estando em contínua evolução e transformação (GEORGE, 2000).

A sociedade moderna espera que os adultos sejam autoconfiáveis, responsáveis por eles mesmos e pelo bem estar de seus dependentes. Geralmente os grupos sociais aceitam que pessoas necessitadas, doentes, idosas ou incapacitadas sejam auxiliadas a atingir ou readquirir a responsabilidade, conforme sua capacidade, sendo que a auto-ajuda e ajuda a outrem são atividades desejadas e valorizadas pela sociedade.

Nesse estudo o idoso e seu familiar vivencia o **ambiente**, que é o hospitalar, sendo o setor de Emergência; esse considerado como primeiro acesso

em busca do restabelecimento da situação de saúde, principal porta de entrada dos idosos cardiopatas aos serviços de saúde. Nesse ambiente, o idoso cardiopata e seus familiares interagem com a enfermeira e outros profissionais durante o processo de cuidar, sendo auxiliados a atingir ou readquirir a responsabilidade sobre sua saúde, através da busca da compreensão da situação de saúde-doença para desenvolvimento do autocuidado.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Vasconcelos (1997) entende a **educação em saúde** como uma educação baseada no diálogo, ou seja, na troca de saberes; um intercâmbio entre o saber científico e o saber popular em que cada um deles tem muito a ensinar e aprender. Para ele, educar para a saúde é ajudar na busca da compreensão das situações e problemas de saúde, bem como de suas soluções.

A **educação em saúde** no estudo é entendida como o início de uma relação de ensino e aprendizado para a saúde através do diálogo, criando possibilidades para produção ou a construção do conhecimento, buscando tornar o indivíduo competente para perceber e entender suas necessidades e capacitá-lo a avaliar e transformar a realidade de sua condição de saúde.

DIÁLOGO

Para Freire (2000), os seres humanos se constroem em diálogo, pois são essencialmente comunicativos. O momento do **diálogo** é o momento em que os homens se encontram para transformar a realidade e progredir; é uma relação horizontal que se nutre de amor, humildade, esperança, fé e confiança. Ele afirma que precisamos um do outro para conhecer e conhecer é um processo social onde o diálogo é o cimento desse processo.

Vasconcelos (1997), afirma que a postura do profissional de saúde frente à medicina popular é basicamente o diálogo; saber ouvir, procurar aprender e respeitar o conhecimento do outro. A cultura popular é muito rica, então é valorizando o saber popular em saúde que o profissional possibilita a troca de informações tornando o indivíduo capaz para o enfrentamento das situações-problema de saúde.

No estudo, o **diálogo** é compreendido como a estratégia para interação entre paciente-familiar e enfermeira possibilitando momentos de construção de

conhecimento para a vida e saúde, abrindo espaço para comunicação valorizando o saber do idoso e familiar, propiciando um ambiente de aprendizado para o autocuidado.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

Para a realização do trabalho foi utilizada como modalidade de pesquisa, a pesquisa convergente-assistencial idealizada por Trentini e Paim (2004). Segundo as autoras a pesquisa convergente-assistencial é aquela que mantém durante todo o seu processo uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudança e introduzir inovações na situação social, estando assim comprometida com a melhoria direta do contexto social pesquisado.

Esse tipo de pesquisa articula a prática profissional com o conhecimento teórico, pois os seus resultados são canalizados progressivamente, durante o processo da pesquisa, para situações práticas e por outro lado os pesquisadores formulam questões de pesquisa a partir das necessidades emergidas do contexto da prática. Caracteriza-se como abordagem qualitativa, pois inclui necessariamente variáveis subjetivas na interação entre pesquisador e participantes da pesquisa. A pesquisa convergente-assistencial requer a participação ativa dos sujeitos da pesquisa, é conduzida para descobrir realidades, resolver problemas específicos ou introduzir inovações em situações específicas em determinado contexto da prática assistencial. Assim, valoriza e enfatiza o “saber pensar” e o “saber fazer”, na pesquisa convergente-assistencial encontra-se um instrumento útil para “aprender a pensar o fazer” no seu cotidiano, pesquisando as implicações teóricas e práticas no seu fazer. O pesquisador coloca-se em compromisso com a construção de um conhecimento novo para renovação das práticas do campo estudado (Trentini e Paim, 2004).

Trentini e Paim, (2004) apresentam os pressupostos da Pesquisa Convergente Assistencial:

- O contexto da prática assistencial suscita inovação, alternativas de soluções para minimizar ou solucionar problemas cotidianos em saúde e renovação de práticas, o que requer comprometimento dos profissionais em incluir a pesquisa nas suas atividades assistenciais unindo o saber-

pensar ao saber-fazer;

- O contexto da prática assistencial é potencialmente um campo fértil de questões abertas a estudos de pesquisa;
- O espaço das relações entre a pesquisa e a assistência vitaliza simultaneamente o trabalho vivo no campo da prática assistencial e no da investigação científica;
- A Pesquisa Convergente Assistencial implica no compromisso de beneficiar o contexto assistencial durante o processo investigativo, ao tempo em que se beneficia com o acesso franco às informações procedentes deste contexto;
- O profissional de saúde é potencialmente um pesquisador de questões com as quais lida cotidianamente, o que lhe possibilita uma atitude crítica apropriada à crescente dimensão intelectual no trabalho que realiza.

Um projeto de pesquisa inclui as fases da Pesquisa Convergente Assistencial que são descritas por Trentini e Paim, (2004) e apresentadas a seguir:

4.2 Fases da Pesquisa Convergente Assistencial

Fase de Concepção inclui a área de interesse, a escolha do tema de pesquisa, sendo que este deve emergir do contexto da prática profissional cotidiana do pesquisador e, portanto, estará associado à situação do problema da prática. Inclui também a reflexão da importância do tema para área, a busca de ampliação dos conhecimentos através das referências bibliográficas, a definição da questão de pesquisa, elaboração da justificativa, escolha do marco teórico, a construção de novo problema de pesquisa e a construção da revisão de literatura.

Fase de instrumentação: os procedimentos metodológicos nesta fase incluem a escolha do espaço da pesquisa, a escolha dos participantes e escolha das técnicas para obtenção e análise das informações. O espaço físico da pesquisa depende do enfoque da pesquisa, sendo definido como aquele onde ocorrem as relações sociais inerentes ao propósito da pesquisa, a amostra é constituída de

sujeitos envolvidos no problema, os participantes constituem parte integrante e com participação ativa no estudo, não sendo determinado este número, sendo o objetivo de somar diferentes informações do tema de pesquisa. O método convergente assistencial associa métodos, estratégias e técnicas com a intenção de produzir construções científicas nas atividades de pesquisa e favorecer o progresso da saúde dos informantes através da prática assistencial. Em relação ao registro de informações, podem ser de várias formas, como a gravação, registro de diário, filmagem e outros.

Fase de obtenção das informações: na prática são privilegiadas as técnicas de entrevista e de observação participante, porém é preciso considerar que estratégias viabilizam a obtenção de informações. Na pesquisa convergente assistencial, a aplicação da entrevista não se limita à mera técnica de coleta de dados para a pesquisa em um dado momento, mas ampliam-se horizontes, seu uso em todo o processo da prática, associados aos sentimentos, emoções e vivências são presenciados no encontro dialógico entre a enfermeira pesquisadora e o paciente.

O enfermeiro deve considerar as potencialidades e habilidades que já dispõe na prática profissional, porém deve estar diretamente interligada a uma aprendizagem significativa da entrevista e observação, possibilitando estruturá-las como método na pesquisa. Enquanto na assistência diária a ação está incorporada e reconhecida normativamente pelo instituído, na pesquisa convergente assistencial o movimento é instituinte e não se rege pela normatização assistencial.

Portanto, assistir e pesquisar são duas atividades importantes e diferentes como esquema de ação, em busca de um interesse comum à potencialização de qualidade da unidade assistencial. A estratégia assistencial está mais sujeita à decisão do profissional, sendo habitualmente rotineira e automatizada ou deliberada, já pelo caráter da pesquisa convergente assistencial, de convivência e intimidade com os dados e os registros, as estratégias viabilizam como parte da construção do conhecimento o experimentar da sensação, emoção, intuição.

Fase de análise: de acordo com Boyd, (1993) apud Trentini e Paim, (2004) a pesquisa prática de enfermagem está conceptualizada não somente como atividade técnica com enfoque narrativo, mas também como método de pesquisa da prática de enfermagem com ênfase na subjetividade e diálogo, no processo de pesquisa como constituinte da realidade. O processo assistencial de enfermagem

constitui o contexto do qual emergem as informações para a pesquisa, sendo então de grande quantidade e muito diversificadas. Na pesquisa convergente assistencial, os processos de assistência e coleta de dados e análise de informações ocorrem simultaneamente, facilitando a reflexão sobre como fazer as interpretações ao longo do processo. Como em qualquer tipo de pesquisa qualitativa, a análise das informações é composta de quatro processos, que são: apreensão, síntese, teorização e recontextualização. Sendo que a fase de análise compreende o processo de apreensão e a fase de interpretação corresponde aos processos de síntese, teorização e transferência.

4.3 Descrição do Local do Estudo

A pesquisa desenvolve-se no setor de Emergência Adulto do HU-UFSC e em alguns momentos, para acompanhamento do idoso, nas unidades de Clínica Médica e em um domicílio.

O Hospital Universitário HU/UFSC está localizado no Campus Universitário da UFSC, no bairro Trindade, Florianópolis; é um hospital geral, vinculado ao Serviço Público Federal que presta assistência à saúde da população do Estado de Santa Catarina, exclusivamente através do Sistema Único de Saúde (SUS). Aberto em 1980, o Hospital Universitário caracteriza-se como órgão suplementar da Universidade, desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa, assistência e extensão. Desempenha papel ligado à formação de recursos humanos na área da saúde. Possui cerca de 250 leitos nas áreas de Clínica Médica, Cirúrgica, Tratamento Dialítico, Terapia Intensiva, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia. Possui ainda um Serviço de Emergência Adulto e Infantil, Ambulatório especializado, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno e Centro de Esterilização.

Atualmente possui em seu quadro cerca de 550 trabalhadores de enfermagem na Diretoria de Enfermagem (DE). Os trabalhadores lotados nessa diretoria são: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde e escriturários.

No organograma geral da instituição, a Enfermagem está localizada junto com as diretorias de Administração, Medicina e Apoio Assistencial, subordinadas diretamente ao Diretor Geral da instituição. A Enfermagem organiza-se através de Divisões, Serviços e Núcleos. Conta ainda com as seguintes assessorias: Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem, Comissão Permanente de Material de Assistência e Comissão de Ética de Enfermagem. A unidade de Emergência é composta por: setor de Emergência interna (SEI) onde são atendidos os casos de urgência e emergência (parada cardíaco-respiratória, edema agudo de pulmão, dor torácica, cólica renal, crise hipertensiva, etc.); setor de Pronto atendimento (PA), no qual é atendida a demanda de casos ambulatoriais (estado gripal, algias em geral, amigdalite, etc.) e setor de Repouso onde permanecem os clientes que não estão com quadro clínico compensado ou que aguardam vagas em leitos das unidades de internação. Como apresentado anteriormente na introdução deste estudo, o atendimento da Emergência corresponde em média a 400 clientes/dia, sendo 10-15% de pessoas acima de 60 anos.

4.4 Participantes do Estudo

Os participantes desse estudo foram mulheres idosas portadoras de cardiopatias e seus familiares, atendidos no setor de Emergência Adulto do HU-UFSC, nos plantões noturnos correspondentes à minha escala de trabalho. O critério para escolha dos participantes foi o seguinte: idosos atendidos com descompensação da doença cardíaca e com posterior internação hospitalar.

Para Trentini e Paim (2004), na Pesquisa Convergente Assistencial a amostra deverá ser constituída pelos sujeitos envolvidos no problema e entre estes, os que têm mais condições para contribuir com informações que possibilitam abranger todas as dimensões do problema.

A amostra foi intencional em relação às pessoas com cardiopatias, mas o fato de serem todas do sexo feminino, foi apenas uma coincidência. Os participantes são apresentadas no quadro abaixo e caracterizadas no capítulo a seguir. Nomes fictícios foram escolhidos para identificar os idosos, optei pelos sentimentos mais evidentes que cada um deixava transparecer durante a integração com a enfermeira.

As idosas pareciam ter a necessidade de expressar seus sentimentos, especialmente aqueles cultivados ao longo de sua história de vida, aqueles que são enriquecidos a partir das vivências afloram de forma simples e espontânea no momento de adoecimento em que buscam por solução para seu problema de saúde.

IDOSO	IDADE	PRESENÇA DE ACOMPANHANTE	DIAGNOSTICO E COMORBIDADES
HUMILDADE	78	NORA	ICC/ICO/DM/BPN
COMPREENSÃO	66	NÃO TINHA ACOMPANHANTE	AI
CORAGEM	73	NÃO TINHA ACOMPANHANTE	AI/ICC/ICO/HAS
AMOR	65	FILHO	ICC/DM
ALEGRIA	84	FILHA	FA/ICC/HAS/BPN
CARINHO	75	FILHO-NETA	AI/FA
TRANQUILIDADE	69	FILHO	AI/ICO/HAS
GRATIDÃO	70	ESPOSO	FA/HAS/ICC

4.5 Coleta de Dados

Considerando que o referencial teórico que fundamenta este estudo está baseado na Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem e na prática assistencial educativa o processo de enfermagem foi projetado para a identificação dos déficits e potencialidades de Autocuidado, observando as exigências e competências dos idosos e seus familiares acompanhantes, assim como os sistemas de enfermagem propostos por Orem visando à valorização dos potenciais de autocuidado dos idosos cardiopatas e seus familiares.

Nesta fase, para coleta de dados utilizou-se como instrumento de pesquisa o formulário de Sistematização da Assistência de Enfermagem (Apêndice I) baseado na Teoria do Autocuidado de Orem e na Concepção de Educação de Paulo Freire, foi aplicado ao idoso e familiar quando da internação no repouso, obedecendo as etapas do processo de enfermagem. Para registro das demais informações observadas e obtidas na assistência de enfermagem foi utilizado o

diário de campo com o objetivo de estar analisando dados e avaliando a proposta de prática assistencial.

Para desenvolvimento do processo de pesquisa foram implementadas etapas para observação e coleta de dados, favorecendo-se o diálogo entre enfermeira, idoso cardiopata e familiares proporcionando ambiente educativo buscando conscientização da importância do autocuidado e da responsabilidade por sua saúde. Segundo Trentini e Paim, (2004), o processo de pesquisa associado à assistência é desenvolvido em momentos em que as estratégias de cuidar/assistir (saber fazer) resultam na produção de conhecimento (saber pensar).

Para melhor compreensão do processo da pesquisa associado a assistência apresento seqüencialmente quatro momentos em que ocorreu a coleta de dados juntamente com a prática assistencial.

Primeiro Momento - A coleta de dados estabeleceu-se a partir da assistência de enfermagem ao paciente cardiopata recebido e atendido no setor de emergência através do acolhimento ao idoso e familiar, promovendo a humanização do ambiente, em seguida foram realizados procedimentos técnicos de acordo com as necessidades imediatas, visando ao restabelecimento da função cardíaca e, posteriormente, promoveu-se a interação com familiar enfatizando sua importância durante o atendimento, envolvendo-o na coleta de dados primordiais para qualidade da assistência médica e de enfermagem, a respeito do quadro de saúde atual, sintomas, comorbidades, tratamento, antecedentes e complicações.

Segundo Momento – Para desenvolvimento da assistência de enfermagem ao paciente cardiopata quando em tratamento, repouso e restabelecimento no setor de emergência, foram realizados procedimentos técnicos necessários de acordo com as necessidades do quadro clínico no momento, visando ao restabelecimento e recuperação da função cardíaca e do bem-estar do paciente. Favoreceu-se a humanização do ambiente e as relações interpessoais, através das informações das normas e rotinas do hospital, apresentação do ambiente de internação, seus serviços e profissionais que prestam atendimento e então realizada entrevista necessária para coleta dos demais dados gerais da idosa cardiopata, envolvendo paciente e família valorizando sua presença para planejamento dos cuidados de saúde bem como o esclarecimento a respeito da doença. A partir daí

foram sendo identificadas as exigências de autocuidado e o potencial para as ações de autocuidado. O registro de tais dados contribuiu para a compreensão do processo de adoecimento.

Terceiro Momento - Para o acompanhamento da idosa cardiopata e família em processo de tratamento e recuperação na unidade de repouso ou internação, foi feito o reconhecimento dos pacientes internados e familiares continuando a coleta de dados visando a ampliar o conhecimento do paciente para identificação de diagnósticos de déficits e potencialidades de autocuidado refletindo-se sobre os aspectos relevantes a respeito das exigências e do potencial para o Autocuidado e compartilhando com idoso e familiar orientação para o autocuidado através do diálogo, promovendo a educação em saúde para o autocuidado.

Quarto Momento - Para encaminhamento/acompanhamento do restabelecimento do idoso cardiopata foram realizadas orientações para os cuidados em saúde a partir dos diagnósticos de Autocuidado visando cuidados em saúde após a alta hospitalar. Junto aos idosos e familiares buscou-se compartilhar e compreender seu aprendizado.

O instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem é composto de quatro etapas para levantamento de dados, sendo: identificação, requisitos de autocuidado universal, requisitos de autocuidado de desenvolvimento, requisitos de autocuidado no desvio de saúde; além da identificação e avaliação dos diagnósticos e implementação da intervenção de enfermagem e sua avaliação. Com a aplicação deste instrumento e a troca de informações durante as entrevistas, foi possível fazer o levantamento de déficits e potenciais de autocuidado, podendo então fazer as intervenções específicas de enfermagem, e especialmente trabalhar em nível de apoio-educação através das situações relevantes que foram surgindo no decorrer da prática.

O aspecto educacional permeou a prática profissional, assistencial nos cuidados prestados ao indivíduo ou comunidade. A educação promove o desenvolvimento do indivíduo através da construção do conhecimento, sendo este um processo de interação entre enfermeira e o ser cuidado onde esclarecem-se significados, orienta-se novas possibilidades e busca-se caminhos para transformação da realidade. O recurso utilizado para desenvolvimento da assistência

voltada à educação em saúde foi basicamente o diálogo, porém em alguns momentos trabalhou-se com ilustrações e orientações para cuidados com o coração, possibilitando o processo de compreensão da doença, necessidade do tratamento, manutenção do mesmo e a importância da redução dos fatores de risco.

O registro dos dados através das entrevistas, observações, diagnósticos, ações de enfermagem e notas de campo acerca dos déficit e potencialidade para autocuidado do idoso e sua família forneceu material para análise e interpretação do processo de adoecimento da idosa cardiopata e a busca para atendimento de emergência, assim como o papel da familiar cuidador, do enfermeiro e do sistema de saúde.

4.6 Análise

Na etapa de apreensão dos dados, preconizada pela Pesquisa Convergente Assistencial, buscou-se realizar uma leitura sistemática dos dados brutos codificando-os em pré categorias e categorias temáticas. Para as autoras deve-se buscar nos dados a relevância das informações registradas com os dados. A análise evoluiu para a etapa de interpretação que, segundo Trentini e Paim (2004), corresponde à lógica da análise e dos achados, envolvendo três processos: síntese, teorização e transferência. Na síntese, o pesquisador tem familiaridade com os dados até delinear o processo do estudo; na teorização, o pesquisador estabelece relações entre os temas e busca descrevê-los; na transferência, o pesquisador procura dar significado aos achados e descobertas, contextualizando-os e socializando resultados. Desse olhar interpretativo sobre os dados surgiram temas que foram aglutinando-se e formando categorias e sub-categorias que estão organizadas em três grandes temas e são descritas no capítulo de análise e discussão do processo da pesquisa, sendo eles: TEMA 1 - O idoso cardiopata na emergência do HU; TEMA 2 - A assistência ao idoso cardiopata na emergência do HU e TEMA 3 - O olhar educativo. Estes temas pretendem dar resposta a questão desse estudo que é: Como o processo de educação em saúde, na organização do trabalho na Emergência do HU pode contribuir para a Assistência de Enfermagem e interferir positivamente no controle de saúde dos idosos cardiopatas e seus familiares?

4.7 Aspectos éticos

Para o desenvolvimento do estudo foi observada a resolução 196/96 do CNS sobre a proteção dos direitos dos sujeitos de pesquisa. O estudo foi encaminhado e submetido à avaliação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, obtendo parecer favorável ao desenvolvimento do mesmo (Anexo I).

A pesquisa envolveu todos os indivíduos selecionados, mediante a aceitação dos mesmos em participar da pesquisa e após o cumprimento dos compromissos éticos que a permeiam, tais como: o consentimento dos participantes para entrevistas individuais, a autorização dos mesmos para a divulgação das informações, a garantia do anonimato e a manutenção do sigilo das informações coletadas, conforme consta no Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II). A pesquisa foi realizada mediante a autorização da instituição escolhida para seu desenvolvimento (Anexo II).

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DO PROCESSO DE PESQUISA

5.1 Apresentando os participantes do estudo

A pesquisa foi desenvolvida durante minhas atividades como enfermeira no setor de emergência do Hospital Universitário no período de setembro a novembro de 2005. Durante este período, minhas atividades compreenderam o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem de urgência e de emergência, a tarefa de coordenadora da equipe de enfermagem e o papel de pesquisadora.

Assim, ao receber a informação do funcionário do setor de recepção da chegada de um paciente cardiopata, imediatamente era feita a abordagem inicial e a avaliação do grau de risco, comunicando-se o caso ao médico responsável. Os cuidados emergenciais, conforme normas do setor, eram oferecidos ao paciente que era conduzido inicialmente à sala de reanimação, avaliados os sinais vitais e saturação de O₂, realizado o eletrocardiograma e, então, era fornecido suporte de oxigenação necessário através da instalação do cateter de O₂ e ou macronebulização, e era realizada a medicação específica ao quadro apresentado. Paralelamente à realização dos procedimentos de enfermagem, iniciava-se o diálogo e relação idoso-familiar-enfermeiro; a presença do familiar foi de fundamental importância para a coleta de dados iniciais sobre informações de saúde, com conseqüente melhoria de definição de diagnóstico, conduta médica e de enfermagem.

Após o restabelecimento da condição de saúde inicial, podia-se melhor avaliar o idoso a quem estávamos prestando cuidados. Este momento era fundamental para início da construção de um vínculo com idoso e familiar, aparecendo então dados importantes a respeito da doença cardíaca, a relevância das descompensações e início dos sintomas, dos cuidados de saúde adotados, como tratamento e acompanhamento de saúde periódico. Nesta fase, o idoso e seus familiares manifestavam seus sentimentos, preocupando-se com seu estado de saúde, como mostra as declarações das idosas durante o atendimento:

Meu coração tá fraco... (Humildade)

...será que vou melhorar desta vez? ”(Coragem)

Estabelecida a necessidade de internação, inicialmente era comunicada ao idoso e familiar, explicando-se a importância da mesma para compensação do quadro de saúde e seu controle, no geral, relativamente bem aceita. Buscando um atendimento humanizado, de início eram feitas orientações necessárias a respeito da rotina hospitalar e do tratamento a ser realizado, proporcionando espaço para esclarecimentos e manifestações do idoso e familiar.

Durante o desenvolvimento da prática assistencial, buscou-se trabalhar a educação em saúde com os idosos cardiopatas e seus familiares, porém em momentos específicos, ora trabalhou-se com idosos, ora com familiares. O enfoque maior foi dado à prevenção de complicações da doença cardíaca já existente e ao viver envelhecendo com qualidade, considerando-se a capacidade do ser humano de aprender para transformar sua realidade de saúde. Porém, em todos os momentos da assistência, as exigências de autocuidado (universal, de desenvolvimento e de desvio em saúde) foram avaliadas a partir de um olhar educativo.

Tomei como base para a assistência de enfermagem, o processo baseado na Teoria do Autocuidado de Orem e nos conceitos de Educação de Freire conforme o anexo citado anteriormente. Considerando que o registro dos dados foi feito através do instrumento de sistematização da assistência, passo a apresentar o resumo dos dados para melhor caracterização dos participantes desse estudo.

Idosa – HUMILDADE, 78 anos, viúva, natural e procedente de Florianópolis, católica, lavadeira aposentada, cursou até a 2ª série do curso primário. Possui 3 filhos, sendo que reside com um deles e a nora é a principal cuidadora, de família de classe média. Recebe visita de familiares e amigos, porém sai pouco de casa. Idosa portadora de hipertensão arterial há 34 anos e diabetes melitus há 24 anos, portadora de insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca congestiva e dislipidemia. Teve várias internações anteriores no HU, tendo realizado endarterectomia há 5 anos por estenose de carótidas. Quanto aos hábitos, nunca fumou ou ingeriu bebida alcoólica. Atualmente, faz uso das seguintes medicações: isordil, AAS, furosemida, selozok, metformin, sinvastatina. Em relação ao

acompanhamento na atenção básica, não se utiliza da Unidade Local de Saúde, vindo ao ambulatório do HU apenas duas vezes ao ano. Quanto aos hábitos alimentares, faz quatro refeições ao dia, em pequena quantidade, utiliza-se de pouco sal, faz uso de adoçante e não come gorduras. Hábito urinário dentro da normalidade, 4 a 5 vezes ao dia, amarelo-clara e sem odor; hábito intestinal na frequência de 3 em 3 dias de consistência normal. Mantém bons hábitos de higiene e é independente para os mesmos. Não pratica exercícios físicos, caminha pouco dentro de casa. Em alguns finais de semana visita filhos ou vai à igreja. Em relação ao sono e repouso, dorme aproximadamente oito horas diárias com exceção nas crises de descompensação da doença cardíaca. Chegou à Emergência do HU apresentando dispnéia, tosse e expectoração, em uso de cateter de oxigênio, sendo que os sintomas haviam iniciado há três dias e tiveram piora noturna. Apresentava-se lúcida, orientada, contactuante, hidratada, corada, com dispnéia importante, deambulando com auxílio, ausência de edema em membros inferiores. Sinais vitais: PA 130/80 mmHg, T 36,3°C, FC 80 bpm e FR 24 mpm. Veio à emergência acompanhada da nora que demonstrou carinho e atenção para com a idosa. Percebia-se que a idosa sentia-se motivada ao tratamento e controle da doença, sentia-se estimulada e cuidada pela nora, dando real importância aos cuidados para sua saúde. Era capaz de compreender a importância do tratamento, tendo conhecimento de sua doença.

“Ela sai pouco ,quando caminha já cansa bastante. (Nora de Hhumildade)

Idosa – COMPREENSÃO, 66 anos, viúva, natural do Paraná e procedente de Florianópolis, católica, aposentada, mas continuou trabalhando para poder ganhar mais, prepara marmitas e é lavadeira, cursou até a 4ª série do curso primário. Possui dois filhos, sendo que reside com sua neta e uma filha mora ao lado de sua casa, de família de classe baixa. Idosa portadora de bócio atóxico e osteoporose há aproximadamente cinco anos, em uso de cálcio, não tem história de hipertensão arterial ou diabetes melitus. Não teve internações anteriores, há mais de dois anos sem realizar exames de rotina ou ir ao médico. Quanto aos hábitos, nunca

fumou ou ingeriu bebida alcoólica. Quanto aos hábitos alimentares faz 4 a 5 refeições ao dia, sem restrições. Hábito urinário dentro da normalidade, quatro vezes ao dia, amarelo-clara e sem odor; hábito intestinal na frequência de 2 em 2 dias de consistência normal. Mantém bons hábitos de higiene. Não pratica atividade física regular, mantém somente atividades domésticas. Em relação ao sono e repouso, dorme aproximadamente 5 a 6 horas diárias. Chegou à Emergência do HU apresentando dispnéia, fadiga e dor em queimação que irradia para epigastro, em uso de cateter de oxigênio. Apresentava-se lúcida, orientada, contactuante, hidratada, corada, com dispnéia leve, em repouso relativo, ausência de edema em membros inferiores. Sinais vitais: PA 110/80 mmHg, T 36,0°C, FC 78 bpm e FR 22 mpm. Esteve na emergência sem o acompanhamento de familiares. A idosa sentia-se preocupada com a descoberta “do novo”, insegura quanto ao significado do problema de saúde. Compreendia a importância do tratamento, mas tinha poucos conhecimentos em relação a sua doença e fatores de risco.

...eu achava que isso nunca ia acontecer comigo. (Compreensão)

Minha vida é estressante, trabalho pesado para ganhar mais, ajudo minha filha que é depressiva. (Compreensão)

Idosa – CORAGEM, 73 anos, viúva, natural do Rio Grande do Sul e procedente de São José, católica, aposentada, cursou até 4ª série do curso primário. Reside sozinha há vários anos, possui uma filha, sendo que a mesma reside no centro de Florianópolis. Recebe visita da filha uma vez por semana, tem como suporte o apoio dos vizinhos. Idosa portadora de hipertensão arterial, de insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, tendo realizado cateterismo há oito anos. Nega diabetes melitus e etilismo, tabagista por vinte anos, tendo parado há aproximadamente quinze anos. Teve várias internações anteriores no HU, Hospital Governador Celso Ramos e Hospital Regional de São José devido aos problemas cardíacos. Atualmente, faz uso das seguintes medicações: AAS, atenolol, amiodarona e sinvastatina. Em relação ao acompanhamento na atenção básica, utiliza-se da Unidade Local de Saúde para controle da pressão arterial. Quanto aos hábitos alimentares, faz quatro refeições ao dia, não prepara refeições,

encomenda marmita, nos finais de semana utiliza-se de pouco sal, tempera a comida com limão. Faz uso de adoçante, come pão integral e muitas frutas, não come gorduras. Hábito urinário dentro da normalidade, seis vezes ao dia, amarelo-clara; hábito intestinal na frequência de duas vezes por semana, com uso de laxantes. Mantém bons hábitos de higiene e é independente para os mesmos, bem como para o tratamento da doença cardíaca. Não pratica exercícios físicos, mas pratica jardinagem, faz a limpeza da casa e auxilia seu vizinho para atendimento dos telefonemas da pequena empresa. Em poucos finais de semana visita a filha. Em relação ao sono e repouso, dorme aproximadamente seis horas por dia, acorda várias vezes à noite com insônia. Chegou à Emergência do HU apresentando dor precordial, dispnéia leve e tosse seca, em uso de cateter de oxigênio, sendo que os sintomas haviam iniciado há um dia. Apresentava-se lúcida, orientada, contactuante, com boa memória atual, hidratada, hipocorada, com dispnéia leve, em repouso absoluto, presença de edema em membros inferiores, iniciou uso de heparinização plena e monocordil. Sinais vitais: PA 140/70 mmHg, T 36,7°C, FC 59 bpm e FR 22 mpm. Foi trazida à emergência por vizinhos e permaneceu sem acompanhante durante o atendimento e depois na internação. Pude perceber que a idosa sentia-se motivada ao tratamento e controle da doença. Em relação à família sentia-se pouco estimulada pela filha. Compreende a importância do tratamento e tem conhecimento relativo à doença.

*Eu fui ficando ruim, aí piorou a dor à noite e meu vizinho me trouxe.
(Coragem)*

Idosa – AMOR, 65 anos, viúva, natural de Garopaba e procedente de Florianópolis, evangélica, analfabeta, do lar. Possui 1 filho, residindo com ele há dois meses quando veio de Foz do Iguaçu. Família de classe média. Idosa portadora de diabetes melitus e insuficiência cardíaca congestiva. Teve duas internações anteriores em Foz do Iguaçu. Quanto aos hábitos foi tabagista por sete anos, tendo parado há 40 anos, nega etilismo. Faz uso das seguintes medicações: captopril, furosemida, aldactone e glibenclamida. Em relação ao acompanhamento na atenção básica, utilizava-se da Unidade Local de Saúde para acompanhamento, depois que começou a piorar, foi procurar o hospital, atualmente na nova residência, pega o

medicamento, mas ainda não consultou. Quanto aos hábitos alimentares, faz quatro refeições ao dia, utiliza sal em pequena quantidade, faz uso de adoçante. Apresentando-se inapetente com a piora da doença cardíaca. Hábito urinário com frequência de 8-10 vezes ao dia, amarelo-clara e sem odor; hábito intestinal na frequência de três vezes na semana, de consistência endurecida. Mantém bons hábitos de higiene e é independente para os mesmos. Não pratica atividade física regular devido à dor articular, gosta de ficar em casa. Atualmente prefere não sair de casa, pois os amigos ficaram em Foz do Iguaçu; foi conhecer a igreja. Realiza atividades domésticas. Em relação ao sono e repouso, dorme aproximadamente dez horas diárias, não se utiliza de medicamentos para dormir. Chegou à Emergência do HU apresentando dispnéia, sendo que os sintomas haviam iniciado há dois dias. Apresentava-se lúcida, orientada, contactuante, hidratada, corada, com dispnéia importante, em uso de cateter de oxigênio, deambulando com auxílio, com presença de edema em membros inferiores. Sinais vitais: PA 120/80 mmHg, T 36,3°C, FC 72 bpm e FR 28 mpm. Permaneceu na emergência acompanhada do filho que demonstrou o tempo todo uma atitude de atenção e proteção em relação à mãe. A idosa sentia-se pouco motivada ao tratamento, mas sentia-se apoiada pelo filho que valorizava os cuidados relacionados a sua saúde. Tinha pouco conhecimento relativo à doença.

Não queria vir para o hospital de novo, mas não melhorou, só aqui pra resolver. (Amor)

Idosa – ALEGRIA, 84 anos, viúva, natural e procedente de Florianópolis, católica, aposentada, analfabeta. Possui 6 filhos, sendo que reside com um deles, de família de classe média-baixa. Idosa portadora de hipertensão arterial há 30 anos, portadora de insuficiência cardíaca congestiva, fibrilação atrial e doença pulmonar obstrutiva crônica. Teve duas internações anteriores, sendo uma há dois anos por AVC, sem seqüelas, e outra por crise de bronquite. Quanto aos hábitos, nunca fumou ou ingeriu bebida alcoólica. Atualmente, faz uso das seguintes medicações: amiodarona, furosemida, captopril e digoxina. Faz o acompanhamento na atenção básica de saúde, recebe visitas domiciliares da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF). Quanto aos hábitos alimentares faz seis refeições ao dia,

preparadas pelos familiares, utilizam-se de pouco sal e alimentos gordurosos. Hábito urinário de freqüência aumentada, de coloração amarelo-clara e sem odor; hábito intestinal com intervalo de um dia, de consistência normal. Mantém bons hábitos de higiene e precisa de auxílio para os mesmos. Não pratica exercícios físicos, caminha pouco e com auxílio. Em relação ao sono e repouso, dorme aproximadamente oito horas diárias, não fazendo uso de medicamentos específicos. Chegou à Emergência do HU apresentando dispinéia intensa, tosse e expectoração amarelada, com saturação de 66%, sendo que os sintomas haviam iniciado há uma semana e não melhoraram com o uso de medicamento via oral. Apresentava-se lúcida, orientada, pouco contactuante, com boa memória atual, hidratada, corada, com dispinéia importante, em uso de oxigênio por macronebulização, ausência de edema em membros inferiores. Sinais vitais: PA 150/70 mmHg, T 36,7°C, FC 64 bpm e FR 32 mpm. Foi trazida para a emergência pela filha. Esta demonstra muita preocupação com a necessidade do uso contínuo da medicação e permaneceu ao lado da mãe auxiliando nos cuidados, enquanto a idosa esteve em repouso e no setor de internação. Percebe-se que a idosa é cuidada pelos familiares que representam o suporte de cuidados em saúde e compreendem a importância dos cuidados necessários para sua saúde.

Não sei o que tenho no coração, mas tenho pressão alta e já tive derrame. (Alegria)

Idosa – CARINHO, 75 anos, viúva há dois meses, natural e procedente de Florianópolis, católica, aposentada, analfabeta. Possui seis filhos, reside sozinha, porém seu filho mora ao lado de sua casa e a neta está indo passar as noites com ela, depois que o esposo faleceu. Idosa sem história de doenças prévias, nega hipertensão arterial e diabetes melitus. Teve uma internação anterior por lesão sacra. Quanto aos hábitos, nunca fumou ou ingeriu bebida alcoólica. Não faz uso de medicamentos e não faz controle de saúde. Quanto aos hábitos alimentares, faz cinco refeições ao dia, em pequena quantidade, sem restrições. Hábito urinário dentro da normalidade, urina amarelo-clara e sem odor; evacuações diárias. Mantém bons hábitos de higiene e é independente para os mesmos. Não pratica atividade física, porém realiza atividades domésticas, era cuidadora do marido dependente.

Atualmente, prefere não sair de casa, faz trabalhos manuais. Em relação ao sono e repouso, atualmente dorme poucas horas, acordando várias vezes à noite. Utiliza-se de benzodiazepínico para dormir. Chegou à Emergência do HU apresentando dispnéia e dor precordial, sendo que os sintomas tiveram piora há duas horas. Apresentava-se lúcida, orientada, contactuante, hidratada, corada, com dispnéia discreta, em uso de cateter de oxigênio, mantendo repouso absoluto no leito, em uso de heparinização plena, em controle de enzimas cardíacas. Sinais vitais: PA 120/80 mmHg, T 36,0°C, FC 58 bpm e FR 21 mpm. Veio para a emergência trazida pelo filho que permaneceu acompanhando a mãe durante o atendimento. Demonstrava preocupação com a idosa, referindo-se à recente morte do esposo e que isso teria contribuído para a piora de seu estado. No período de internação, o filho se revezava com a neta que era atenciosa e auxiliava nos cuidados à avó. Tem pouco conhecimento relacionado a sua doença e observou-se que a idosa sentia-se assustada e insegura.

Eu fui ficando cansada, tendo mal estar e a dor apertava o peito... demorei e não queria vir para o hospital, achava que já ia passar, que podia ser sistema nervoso. (Carinho)

Idosa – TRANQUILIDADE, 69 anos, separada, natural e procedente de Florianópolis, evangélica, auxiliar de serviços gerais aposentada, cursou até 1ª série do curso primário. Possui cinco filhos, sendo que reside sozinha, mas um dos filhos mora próximo à casa dela. Tem como suporte social de apoio familiares e amigos. Idosa portadora de hipertensão arterial e insuficiência coronariana. Teve duas internações anteriores, uma por angina e outra para realização de cateterismo. Quanto aos hábitos, foi tabagista por 41 anos, tendo parado há dois meses, nega etilismo. Atualmente, faz uso das seguintes medicações: captopril, diltiazem e propranolol. Faz acompanhamento no centro de saúde e com cardiologista. Quanto aos hábitos alimentares, faz três refeições ao dia, utiliza-se de pouco sal, porém come gorduras, principalmente carne gorda e frituras. Hábito urinário dentro da normalidade, urina amarelo-clara e sem odor; hábito intestinal diário de consistência normal. Mantém bons hábitos de higiene e é independente para os mesmos. Quanto às atividades físicas, pratica caminhadas leves esporadicamente. Nos finais de

semana fica com a família. Em relação ao sono e repouso, dorme aproximadamente oito horas diárias, sendo necessário o uso de benzodiazepínicos. Chegou à Emergência do HU apresentando dor precordial em aperto, angústia no peito, com início dos sintomas há dois dias e evoluindo com piora. Apresentava-se lúcida, orientada, contactuante, hidratada, corada, com dispnéia importante, em repouso relativo, em uso de clexane subcutâneo. Sinais vitais: PA 150/100 mmHg, T 36,0°C, FC 94 bpm e FR 22 mpm. Veio acompanhada por um dos filhos que permaneceu durante o atendimento. Enquanto esteve internada, a idosa ficou acompanhada apenas no período noturno, pois os membros da família não podiam permanecer no hospital durante o dia por motivo de trabalho ou de cuidado de filhos pequenos. A idosa sentia-se motivada ao tratamento e controle da doença, tinha conhecimento em relação aos fatores de risco e à importância do tratamento. Contudo, parece não compreender a gravidade da doença.

Não quis dizer...mas sempre acho que vai passar...quando venho para o hospital eu já estou ruim e o médico me interna. (Tranquilidade)

Idosa – GRATIDÃO, 70 anos, casada, natural do Rio Grande do Sul e procedente de Florianópolis, católica, do lar, analfabeta. Reside com o marido e possui dois filhos, de família de classe média. Idosa portadora de hipertensão arterial há 18 anos, portadora de insuficiência cardíaca congestiva e arritmia há mais de 25 anos, em uso de marcapasso há 10 anos. Teve uma internação anterior, na UTI do HU, por insuficiência respiratória em consequência do problema cardíaco. Quanto aos hábitos, nunca fumou ou ingeriu bebida alcoólica. Faz uso das seguintes medicações: isordil, enalapril, metoprolol, monocordil, furosemida, aldactone e digoxina. Em relação ao acompanhamento na atenção básica, não se utiliza da Unidade Local de Saúde, apenas faz consulta com cardiologista, não regularmente. Quanto aos hábitos alimentares, faz cinco refeições ao dia, utiliza-se de pouco sal e não come alimentos gordurosos. Hábito urinário e hábito intestinal dentro da normalidade. Mantém bons hábitos de higiene e é independente para os mesmos. Não pratica exercícios físicos, nem atividades domésticas que exigem esforços. Em relação ao sono e repouso, dorme aproximadamente seis horas diárias. Chegou à Emergência do HU apresentando dor precordial e palpitações, sendo que os

sintomas haviam iniciado há três horas e evoluíram com piora há 30 minutos. Apresentava-se lúcida, orientada, contactuante, com boa memória atual, hidratada, corada, em repouso relativo no leito, em uso de clexane subcutâneo, em controle de enzimas cardíacas. Sinais vitais: PA 110/70 mmHg, T 36,3°C, FC 74 bpm e FR 20 mpm. Permaneceu acompanhada do esposo durante o atendimento de emergência, e também às tardes, durante a internação na enfermaria. O esposo de Gratidão é também idoso e mostrou-se bastante orientado em relação ao tratamento necessário. A idosa era motivada para o tratamento e controle da doença, sentindo-se estimulada e cuidada pelo marido. Compreende a importância do tratamento e tem conhecimento relativo à doença.

...vim logo antes que as coisas fiquem mais graves. (Gratidão)

Simultaneamente durante a coleta de dados, foram-se identificando os diagnósticos de enfermagem com base no autocuidado, abrindo espaço paralelamente para a abordagem educativa a partir do conhecimento pré-existente do idoso e seu familiar cuidador, acerca dos cuidados de saúde, dando oportunidades para o aprendizado e contribuindo para desenvolvimento da consciência crítica através do conhecimento adquirido.

Os diagnósticos de enfermagem, prevalentes entre os portadores de cardiopatias participantes deste estudo, foram identificados através do referencial da Teoria do Autocuidado de Orem considerando sua classificação de requisitos de autocuidado.

No decorrer da coleta de dados, procurei ouvir com atenção e busquei compreender as situações emergidas das conversas, relativas às situações de saúde e aspectos gerais de envelhecimento, tanto com idoso quanto com familiar presente.

A interação foi muito produtiva, surgindo questionamentos e discussões a respeito de sua patologia e cuidados dispensados; em vários momentos, ações de enfermagem eram desenvolvidas para estimular a reflexão crítica sobre o problema de saúde atual e seu controle, valorizando seus conhecimentos prévios para que buscassem juntamente comigo possíveis soluções para enfrentamento da situação,

conforme a realidade vivenciada.

Esse exercício constitui-se na reflexão entre o processo de pesquisa e a prática assistencial. Nessa fase, os dados eram analisados no sentido de oferecer uma explicação para a situação em questão, ou seja, como a assistência de enfermagem pode contribuir para a valorização do potencial de autocuidado de pessoas idosas portadoras de cardiopatias.

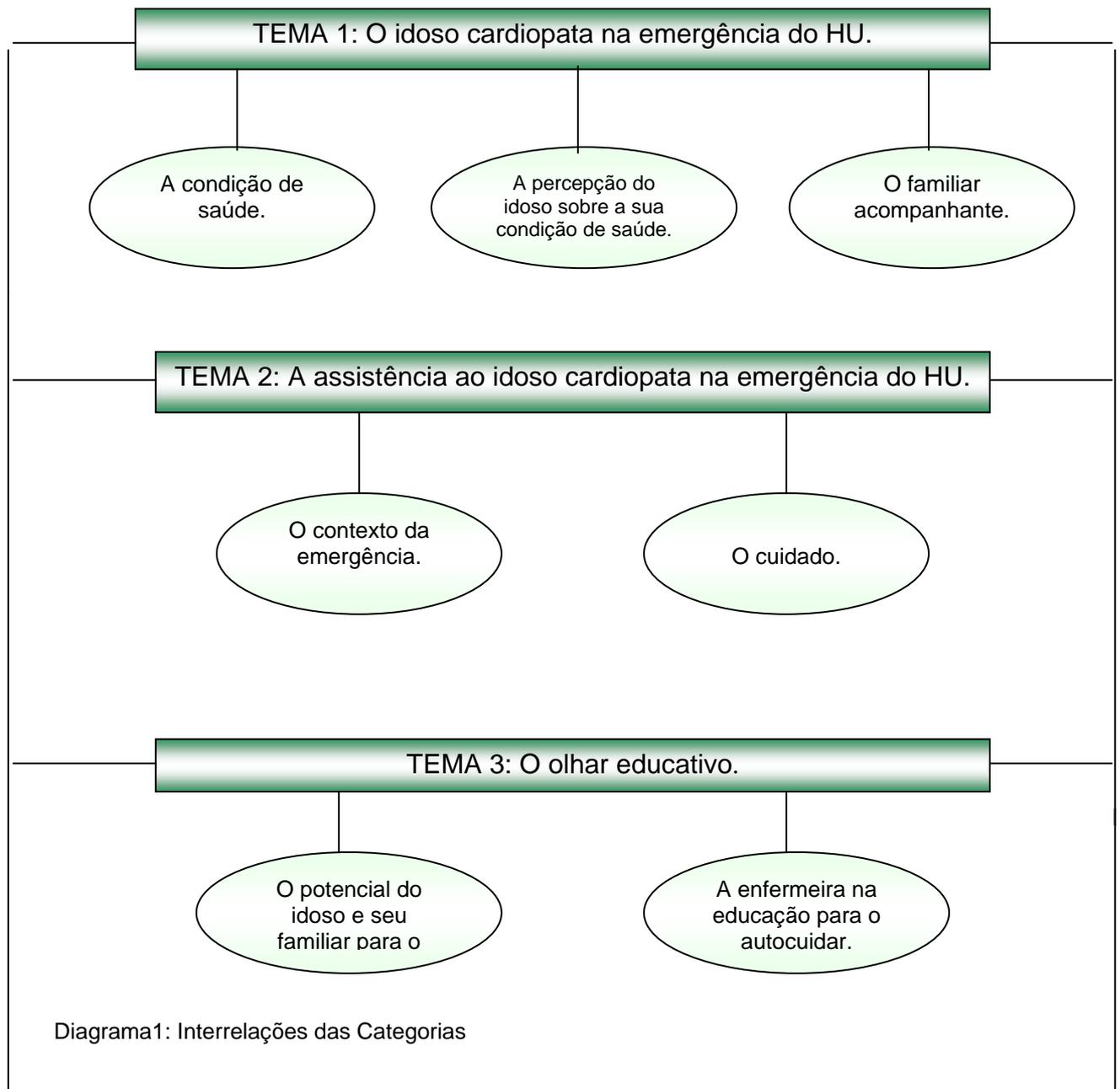
O processo de análise buscou compreender junto à pessoa idosa e seu familiar acompanhante o contexto, relacionando as condições de autonomia e independência das idosas desse estudo.

5.2 Compreendendo o processo de assistir, educando para o autocuidado

O presente estudo permitiu identificar três temas de relevância para a descrição do processo da assistência de enfermagem aos idosos cardiopatas que buscam atendimento na emergência do HU. Tal descrição possibilitou responder à questão de pesquisa do estudo e trouxe subsídios para a promoção de caminhos para a valorização do potencial de autocuidado aos idosos portadores de doenças cardíacas e seus familiares, com enfoque no processo educativo, baseado na Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem. Os temas são: 1 - O idoso cardiopata na emergência do HU; 2 - A assistência ao idoso cardiopata na emergência do HU e 3 - O olhar educativo.

Os temas acima relacionados são compostos de categorias que explicam tais temas de relevância e o processo em questão. Estão apresentados conforme diagrama ilustrativo a seguir.

O assistir - educando para o autocuidado



5.2.1 TEMA 1 - O idoso cardiopata na emergência do HU

O Tema 1 – O idoso cardiopata na emergência do HU procura descrever as condições em que a pessoa idosa e seu familiar acompanhante encontram-se ao

serem atendidos no setor de emergência. A partir da reflexão sobre o tema e da evidência dos dados, emergiram três categorias que compõem o Tema 1: a) a condição de saúde, b) a percepção do idoso sobre sua condição de saúde e c) O familiar acompanhante. As categorias são discutidas a seguir:

a) A condição de saúde

Ao analisar a condição de saúde das oito idosas participantes do estudo, pude perceber que seis delas já apresentavam patologias crônicas prévias e já tendo diagnóstico médico de cardiopatia; estavam também associadas a este, diagnósticos de demais doenças crônicas como a hipertensão arterial e o diabetes melitus.

A maioria das idosas, conforme a característica da cardiopatia, submetem-se a repetidas internações. As descompensações da doença cardíaca tornam a busca pela assistência um processo crônico para resolução de seu problema de saúde.

À medida em que envelhecem, ocorrem as doenças crônicas, com sua prevalência aumentada na população de idosos; surgem desafios de manutenção de qualidade de vida. Segundo Paschoal (2000, p.314), *“esse conjunto de afecções crônicas, prevalentes no envelhecimento, pode levar à deterioração da habilidade do idoso em manter-se independente”*.

...já não posso mais fazer esforço, caminhar muito... o cansaço aparece rápido. (Humildade)

Ao avaliar as idosas do estudo, em relação à sua condição de saúde, pude perceber que nenhuma das idosas era totalmente dependente para os cuidados, que as mesmas vivem de maneira autônoma e saudável, mesmo sendo portadoras de doenças crônicas, necessitando de auxílio ou supervisão para seus cuidados e controle de saúde, elas mantinham a capacidade de decidir sobre seus interesses. Concordo então com Gordilho et al. (2000 apud Veras, 2002) quando afirma que de acordo com os mais modernos conceitos gerontológicos, esse idoso que mantém sua autodeterminação e pode realizar suas atividades diárias, deve ser considerado um idoso saudável, ainda que seja portador de uma ou mais doenças crônicas.

O tratamento das patologias crônicas muitas vezes exige um grande esforço por parte das idosas. O uso de medicação contínua, o controle dos fatores de risco e o acompanhamento médico não é tarefa simples para o idoso e sua família. As condições sócio-econômicas, culturais, ambientais e de acesso à informação em saúde são fatores limitantes no processo de cuidado à saúde e podem interferir na capacidade das pessoas idosas para o autocuidado.

Cuido do meu coração tomando os remédios... ah são muitos!
(Gratidão)

Preciso me cuidar, eu sei.. .tomo os remédios que minha nora já deixa separado nos horários marcados. (Humildade)

Percebe-se que estas idosas compreendem a importância do tratamento e de alguns dos fatores de risco, sentem-se motivadas ao tratamento da doença e controle dos mesmos. Quando apoiados pelos familiares, sentem-se estimulados ao cuidado em saúde.

Há tempo já faço nossa comida toda com pouco sal e gorduras, desde que comecei a cuidar dela quando veio morar com a gente; além disso, é importante para nós também. (nora de Humildade)

As idosas com os quais trabalhei chegaram à emergência apresentando como queixa principal a dispnéia, dor precordial e mal-estar geral, estes são relatados como: falta de ar, cansaço, dor no peito, queimação no peito, agonia, sensação de sufocamento, como referem as afirmações a seguir.

A falta de ar e o cansaço pioraram hoje... depois aparece o inchaço nas pernas. (Amor)

Apareceu a dor no peito, a queimação e a agonia.. (Compreensão)

Neste caso, existem requisitos universais de autocuidado descritos como *déficit de autocuidado relacionado à oxigenação e à presença de dor torácica decorrente de processo patológico instalado.*

Nas idosas do estudo, o déficit de oxigenação pode estar relacionado ao

processo patológico de congestão pulmonar, associado ou não à infecção pulmonar, e ou ao quadro de insuficiência coronariana. Segundo Papaleo Netto (2000), os sintomas da insuficiência cardíaca no idoso são de difícil análise, a dispnéia de origem cardíaca pode não ser evidente em fase inicial, pois o idoso habitualmente não realiza grandes esforços e por outro lado, pode ser confundida com fadiga ou cansaço associada ao processo de envelhecimento. A dispnéia pode estar acompanhada de tosse seca, cianose e edema. Já na insuficiência coronariana, a dispnéia aparenta ser de menor intensidade, evidenciando-se mais queixas de mal-estar geral, dor precordial, sudorese e náuseas. Segundo Goldman (2001), o desconforto ou dor no peito são as principais manifestações de isquemia miocárdica decorrente de coronariopatia ou de qualquer outro distúrbio que possa causar isquemia miocárdica, através do desequilíbrio entre aporte e demanda de oxigênio. O desconforto torácico ocorre comumente sem uma causa clínica imediata precipitante e aumenta de intensidade durante pelo menos vários minutos, sendo que a sensação pode variar desde um incômodo até uma dor intensa. O desconforto torácico da angina instável pode mais claramente ser precipitado por atividade física e responder mais prontamente à terapêutica.

A intervenção de enfermagem em relação a estas necessidades esteve relacionada ao *sistema de enfermagem totalmente compensatório*; a enfermeira busca compensar a inabilidade da idosa, ela é o agente de autocuidado, a partir do fornecimento de oxigênio e medicação necessários ao restabelecimento de sua condição respiratória e condição cardíaca, ao mesmo tempo em que explica esta necessidade, estimula o repouso, acolhe e tranqüiliza a idosa e familiar, visando melhorar sua capacidade respiratória.

Nesta categoria também se pode incluir os diagnósticos de *déficit de autocuidado, evidenciado pela presença de edema corporal decorrente de função cardíaca prejudicada e déficit de autocuidado relacionado à restrição hídrica durante processo patológico instalado associado ao conhecimento insuficiente*. Para Papaleo Netto (2000), o edema é bastante freqüente no indivíduo idoso com insuficiência cardíaca descompensada, podendo ser conseqüência de processos cardíacos, renais e nutricionais. É importante ressaltar que, às vezes, o edema passa despercebido devido à menor capacidade de auto observação da idosa, não sendo valorizado e sendo considerado como habitual nesta faixa etária.

Nesta fase, a intervenção de enfermagem inclui-se no *sistema de*

enfermagem totalmente compensatório quando surge a necessidade de administração de medicamentos específicos para reduzir a sobrecarga cardíaca e conseqüentemente o edema. Portanto, o papel do enfermeiro como agente de autocuidado é fornecer a medicação prescrita. Em outros casos, a intervenção de enfermagem situa-se no sistema de apoio-educação. Nesta situação, o enfermeiro informa o idoso e familiar quanto à importância da observação do início do edema, alertando-o preventivamente. É importante ressaltar o papel da restrição de sódio através da dieta e evitar o excesso de líquidos como já citado. Tais ações de educação em saúde devem ser realizadas em linguagem apropriada, buscando avaliar o entendimento da idosa e familiar sobre o assunto. É importante, também, que o enfermeiro possa compreender os hábitos de vida e compreender os problemas levantados na situação.

O diagnóstico de déficit de autocuidado relacionado à restrição hídrica foi relacionado aos pacientes com diagnóstico clínico de insuficiência cardíaca congestiva, estando associado à falta de conhecimento da necessidade de evitar o excesso de líquidos para redução de sobrecarga cardíaca. Neste momento, a intervenção de enfermagem situa-se no sistema de apoio-educação, onde o enfermeiro faz orientações relativas aos cuidados, dentro de sua realidade histórico-cultural, enfatizando a importância de evitar o excesso de líquidos durante esse processo de descompensação cardíaca.

A condição de saúde de chegada ao setor de emergência requer esforço tanto da idosa que vem com a condição crônica de saúde descompensada, quanto do familiar acompanhante; ambos com desgaste físico e psicológico. Portanto, o suporte de tratamento e o preparo da equipe de atendimento são fundamentais para restabelecimento desta situação imediata.

Sei que meu coração é grande, fraco e já tive um infarto. (Humildade)

Eu fui ficando com tosse, cansada... .mas não queria vir para o hospital, achava que já ia passar (Humildade)

Não posso mais fazer muito esforço,mas vivo com as plantas, faz bem pra mim.” “Se me encomodo...vem o cansaço. (Coragem)

Não quis dizer... mas sempre acho que vai passar... quando venho para o hospital o já estou ruim e o médico me interna. (Tranqüilidade)

Através dos depoimentos pude perceber que as idosas reconhecem o início dos sintomas, porém não têm conhecimento em relação à importância da chegada precoce ao hospital, da gravidade de sua patologia e da evolução de suas complicações. Geralmente, o suporte social de apoio, principalmente os familiares que se sentem responsáveis pelo cuidado, avaliam a piora dos sintomas e conduzem a idosa para a assistência hospitalar.

Essa é minha nora, moro com ela, é ela quem me ajuda e cuida de mim. (Humilde)

As idosas de primeiro atendimento hospitalar por cardiopatia parecem não ter conhecimento relativo à doença, fatores de risco e tratamento, apresentando-se assustadas e inseguras, porém abertas ao aprendizado do novo. Santos (2003) afirma que há uma relação direta entre a precocidade da detecção da doença, de seu tratamento adequado, da minimização de complicações com a redução de morbimortalidade, além de efetiva melhoria na qualidade de vida.

Até então nunca tive problema de saúde. (Carinho)

Sempre cuidei dele (o esposo)... agora preciso me cuidar. (Carinho)

O enfermeiro, frente às condições de saúde que os idosos apresentam, preocupa-se com o restabelecimento mais breve possível, bem como aproveitar o momento para contribuir com a idosa e familiar no momento de habilidades que os tornem agentes de mudança, em busca de potenciais de aprendizado de autocuidado para evitar reincidência das complicações da doença e sucessivas internações hospitalares.

b) A percepção da idosa sobre sua condição de saúde

As idosas cardiopatas com descompensação de doença cardíaca buscam a assistência para resolução de seu problema de saúde imediato. Ao chegarem ao setor de emergência sentem-se exaustas e entregues aos cuidados dos profissionais de saúde.

O atendimento ao paciente cardiopata tem sua peculiaridade, pois há uma

carga simbólica que envolve o órgão que está doente. Ao chegar em busca de cuidados, com a sintomatologia exacerbada, entregam aquilo que tem de mais valioso: a sua vida que simbolicamente está representada no funcionamento do coração; portanto, neste caso, o significado da internação é vista como fator de proteção e segurança. Segundo Lamosa (1990, p.37), “o coração, esse símbolo universal existe como sede de ação, como fonte de vida, é o objeto-síntese da pessoa”.

No caso existem requisitos de autocuidado, de desenvolvimento descrito como *déficit de autocuidado, relacionado ao processo de internação*. A experiência anterior de internação pode ser fator de aceitação ou não, e repercutem no comportamento frente a sua percepção de saúde. *O papel do enfermeiro, em relação à situação, é o de valorizar a experiência da doença, refletir sobre a vivência da idosa e juntos darem um significado à necessidade dos cuidados no ambiente hospitalar*. Vale ressaltar que, para as idosas em primeira internação, o processo de aceitação inicial é mais difícil, compreender o diagnóstico e a necessidade de internação, como mostra o relato de uma das idosas:

...eu achava que isso nunca ia acontecer comigo. (Compreensão)

Se a possibilidade de internação por um lado é vista como segurança, por outro, a internação para as idosas significa interromper o curso da vida diária, da rotina individual e de seu ritmo de vida. Além disso, outras pessoas tomam decisões e manipulam seu corpo. Ao enfermeiro cabe adequar possibilidades do cuidado, de respeitar a individualização e a privacidade do idoso cardiopata e sua família, auxiliando o idoso na adaptação às regras e rotinas hospitalares.

Outro aspecto importante e associado ao processo de internação por descompensação cardíaca é o fato de que, geralmente, nas primeiras 24 horas de internação, o repouso no leito é absoluto, o sentimento de dependência total é aflorado e o deixar de fazer o que antes era permitido é fator de aparecimento de ansiedade frente a sua percepção de saúde. Conforme refere Lamosa (1990, p. 42):

Os períodos de limitação podem ser vistos pelos pacientes como de invalidez permanente, os sentimentos que aparecem são semelhantes aos das pessoas efetivamente dependentes. Sentem-se totalmente dependentes para os cuidados externos, mesmo que não tenha esta amplitude, são vivenciados como tal.

As idosas percebem as dificuldades de redução de mobilidade, mas tentam manter as orientações para o cuidado quanto ao repouso no leito. Porém é complicado associar a necessidade de repouso ao benefício para o coração.

No processo de enfermagem, segundo Orem, aparece o requisito de autocuidado universal descrito como *déficit de autocuidado, relacionado à mobilidade diminuída decorrente da descompensação de processo patológico crônico instalado*. Este diagnóstico esteve relacionado às idosas em função de apresentarem dispnéia e precordialgia aos esforços. Segundo Papaléo Netto (2000), na insuficiência coronariana ou infarto do miocárdio, o repouso é essencial para reduzir o consumo de oxigênio pelo miocárdio. No caso de insuficiência cardíaca, a redução de atividades físicas é a primeira medida a ser tomada, no idoso não é infreqüente que um esforço físico acima do habitual possa ser fator desencadeante ou de agravamento da insuficiência cardíaca. É importante ressaltar que o repouso psíquico é tão importante quanto o físico, portanto deve-se evitar todos os fatores estressantes que possam provocar quadros de agitação ou preocupação.

Quanto tempo fico sem me levantar? (Compreensão)

Preciso me movimentar, ir ao banheiro e ver o sol. (Carinho)

Este fator é limitante para realização de ações de autocuidado direcionados, sendo necessário auxílio ou supervisão do enfermeiro ou familiar. Neste momento, *a intervenção de enfermagem inclui-se no sistema de enfermagem parcialmente compensatório*, onde o enfermeiro desempenha medidas de autocuidado e assiste a idosa em suas necessidades, enquanto motiva, estimula ações de autocuidado que possam ser realizadas pela mesma.

Aparece também o requisito de autocuidado universal descrito como *déficit de autocuidado para atividades da vida diária em decorrência de processo patológico instalado*. As atividades da vida diária estão relacionadas ao desempenho das atividades físicas e instrumentais, como: alimentar-se, vestir-se, cuidados gerais com aparência, tomar banho, locomoção, deitar-se e levantar-se, relacionados às eliminações, ao uso de telefone, transporte, fazer compras, lidar com suas finanças, preparo das refeições, limpeza e arrumação da casa e medicar-se. Durante o

processo descompensação da doença cardíaca, as medidas de diminuição de esforços estão associadas à redução do consumo de oxigênio pelo miocárdio e à melhoria do débito cardíaco para evitar agravamento da insuficiência.

Quando a idosa apresenta déficit em uma ou mais destas atividades, a intervenção de enfermagem está associada ao sistema de enfermagem parcialmente compensatório. Ressalta-se a importância de um olhar de autocuidado para uma avaliação integral do idoso, buscando identificar, além dos déficits, as potencialidades deste para o autocuidado, mesmo frente ao processo patológico. A valorização destes potenciais faz com que a pessoa idosa tenha uma menor dependência de cuidados, levando o enfermeiro e familiar a estimulá-la e reforçar nela ações para o autocuidado.

Analisando os dados, pude identificar três momentos que caracterizam, inicialmente, a percepção e o comportamento dos idosos frente à situação de saúde: no primeiro momento, o sentimento de vulnerabilidade, de entrega do seu corpo aos cuidados e o desejo da sobrevivência, são primordiais. No segundo momento, procuram colaborar com os cuidados e percebem a importância dos mesmos, e num terceiro momento, é relevante a expectativa da idosa em relação a sua melhora, o desejo de recuperação e o controle de sua saúde para poder voltar à rotina de sua vida.

c) O familiar acompanhante

Os familiares acompanham junto às idosas o processo de descompensação da doença cardíaca, a busca pela assistência e a possibilidade de necessidade de internação. Das oito idosas participantes do estudo, apenas duas não estavam com familiares acompanhantes no momento do atendimento e posterior internação.

O contato com familiar acompanhante é a principal forma de se obter informações esclarecedoras, principalmente no atendimento de urgência. São relevantes as informações para conduta assistencial e diagnóstico em saúde mais preciso até que se consulte e colete as informações do prontuário de atendimento ou de internação no HU.

O enfermeiro busca conhecer as características das idosas, o ambiente em que vive e as formas de cuidados dispensados pelos familiares acompanhantes,

mas valoriza também a realidade trazida pela idosa. Posso ressaltar nesta categoria, a importância do *potencial autocuidado aumentado e associado aos cuidados preventivos decorrente da supervisão familiar e suporte social*, como mostram as declarações a seguir:

Todos moram pertinho, e cuidam de mim. (Alegria)

Essa é minha nora, moro com ela, é ela quem me ajuda e cuida de mim. (Humildade)

Faço a supervisão nos recipientes sem ela perceber. (Nora De Humildade)

O meu genro avisava: se cuida, olha a gordura faz mal para o coração! (Compreensão)

Em relação ao envelhecimento, existe uma nova visão sobre saúde. Esta passa a ser resultante de interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência nas atividades de vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. A dimensão relacionada ao suporte familiar para a população de idosos é muito importante, principalmente quando o idoso mora em domicílios multigeracionais, os quais representam uma parcela da população de idosos que tende a ser mais pobre e com mais problemas de saúde (Ramos,2002).

Segundo Kosberg (1992 apud Alvarez, 2001), no contexto familiar tradicional, o cuidado é provido por normas sociais ou culturais e a responsabilidade pelo idoso na sociedade recai sobre a família, sendo assim, existe uma expectativa por parte do idoso de ser cuidado por um membro familiar.

Além dos recursos financeiros, o suporte familiar para adesão ao tratamento medicamentoso é de fundamental importância para o controle das doenças crônicas durante o processo de envelhecer, onde a capacidade de autocuidar-se pode estar prejudicada. Conforme descreve Alvarez (2001), a condição de cronicidade geralmente de comorbidades aliadas às limitações próprias do envelhecimento, levam os idosos, principalmente em idades mais avançadas, ao risco de descompensação freqüente conduzindo a uma condição de maior agravamento. Portanto, para os familiares é fundamental o apoio do sistema de saúde e suas orientações no cuidado do viver diário com o idoso portador de uma cardiopatia, desenvolvendo habilidades para prevenção das complicações.

Em alguns casos, fica evidente a importância do apoio familiar como constatado no relato a seguir, em que a idosa vive sozinha e apresenta *déficit de autocuidado em relação ao uso da medicação e controle de sua saúde*.

Ela vem pouco, trabalha, tem pouco tempo. (Coragem)

Tomo os remédios nos horários marcados, as vezes até esqueço porque são vários. (Coragem)

Eu fui ficando ruim, aí piorou a dor à noite e meu vizinho me trouxe. (Coragem)

Devemos levar em consideração, quando relacionamos o diagnóstico de autocuidado de desenvolvimento associado à adaptação ao processo de envelhecer com cardiopatia e a necessidade de auxílio aos cuidados em saúde pelos familiares. O fato de residir junto a um familiar cuidador, nem sempre é de fácil aceitabilidade, tendo em vista as mudanças de ambiente, privacidade e convívio intergeracional.

Essa é minha vida, morar com minha filha em apartamento parece uma cadeia. (Coragem)

Meu filho insistiu para vir morar com ele, eu não queria, mas como estava ficando doente e ia para o hospital, ele quis me trazer para cuidar de mim...diz que não tomo os remédios. (Amor)

...gostava de ir à igreja aos domingos...ia à reunião do grupo durante a semana, recebia visita dos amigos. (Amor)

Para Santos (2002 apud Terra et al., 2002), a atividade de cuidar também é moldada pelo vínculo de parentesco e pelo tipo de relação estabelecida ao longo da vida, sendo que o ato de cuidar não é responsabilidade de apenas uma pessoa, envolve relação interpessoal.

No estudo, a atividade do cuidado ao idoso foi estabelecida pelo enfermeiro e sempre que possível tentando inserir o familiar cuidador. Porém, estar atenta também ao familiar foi um papel importante, pois a difícil tarefa de cuidador exige desgaste físico e emocional; pessoas colaboradoras puderam amenizar o trabalho do cuidador.

A família é o núcleo de onde se irradia o cuidado, sendo o local de aprender o cuidado, o cuidar e o cuidar-se. É na família que são tomadas as decisões sobre saúde e doença, sendo ela o centro da prestação de cuidados. O cuidado começa na família e é complementado pela rede social, como amigos e vizinhos, podendo chegar ao sistema de saúde. Denardin, (1999 apud SANTOS e SILVA, 2002).

A Portaria N° 280 do Ministério da Saúde prevê a presença do familiar acompanhando as pessoas idosas (acima de 60 anos) que internam nos hospitais e os enfermeiros têm se adaptado a essa nova realidade (BRASIL, 1999). Gonçalves; Lima e Schier (1997, 2001 e 2003) já discutiram a necessidade da enfermagem olhar o acompanhante do idoso como um parceiro. Destacam a importância do papel do enfermeiro como educador no atendimento às necessidades do familiar cuidador de aprendizagem em relação ao cuidado no contexto domiciliar e de seu próprio autocuidado. O enfermeiro tem a oportunidade de desenvolver ações educativas junto ao familiar cuidador no momento que este acompanha seu parente idoso ao serviço de saúde. Este estudo mostrou a importância do enfermeiro estar sensível ao diálogo com o idoso cardiopata e seu acompanhante, na busca de promover caminhos para a educação em saúde no setor de emergência.

5.2.2 TEMA 2 - A assistência ao idoso cardiopata na emergência do HU

O Tema 2 – A assistência ao idoso cardiopata na emergência do HU aborda as condições para o atendimento no momento em que a idosa cardiopata e seu familiar se encontram no setor de emergência do HU para atendimento pelos profissionais que atuam neste serviço. Para compor este tema foram descritas duas categorias que emergiram da análise dos dados, sendo elas: a) o contexto da emergência e b) o cuidado.

a) O contexto da emergência

Primeiramente, para introdução desta categoria, é importante ressaltar a relevância do cuidado no setor de emergência, este ambiente é considerado como principal entrada da população ao acesso aos serviços de saúde. Na descrição, a equipe de trabalho e as condições da assistência fazem parte desta categoria.

Tem sido difícil trabalhar com as reais condições dos serviços de saúde, a falta de leitos hospitalares acompanha nosso dia-a-dia, o manejo desta situação é muito complexo e constrangedor para o profissional que atua no setor de emergência. Ter que acomodar os idosos em macas, ainda mais com descompensações cardíacas, compromete a qualidade da assistência, desumaniza o ambiente e prejudica a atuação do enfermeiro. Quando então disponíveis os leitos do setor de repouso, melhoram-se as condições para um atendimento com qualidade e com mais conforto e tranquilidade.

Outros obstáculos são o aumento da demanda por atendimento devido à desorientação dos usuários sobre a função do serviço de emergência e os problemas da atenção à saúde da população como a falta de profissionais, de materiais e medicamentos, exames complementares levando à baixa resolutividade das situações de saúde da população, que aumentam o fluxo de atendimentos no setor de emergência da rede hospitalar.

Segundo dados do IBGE (2005), há indicativo de aumento dos serviços de pronto-socorro ou emergência como serviços de saúde de uso regular, de 4,8% em 1998, para 5,8% em 2003.

Através dos dados do estudo pode-se compreender a escolha da população pelo atendimento no setor de emergência do HU. A população de maneira geral vê o atendimento no HU como bom, onde encontram resolutividade imediata do problema de saúde mais agravado, bem como pela qualidade da assistência prestada.

... mas não melhorou, só aqui pra resolver. (Amor)

Nós levamos ela no posto, o médico disse que era infecção e receitou antibiótico, não melhorou e ela piorou do cansaço, prejudicou o coração. (filha de Alegria)

Disse para o meu marido: vou com ela para o HU antes que piore, o atendimento é bom e a gente já conhece e eles também já cuidam dela! (nora de Humildade)

A emergência, como uma unidade especial, com trabalho intenso e rápido que visa à manutenção e recuperação da vida do paciente, tem dividido o seu espaço e se transformado também em unidade de internação, resultando em

acúmulo de pacientes em espaço pequeno e não apropriado para tal função.

Este fator mostra-se como um desafio para o enfermeiro, mesmo com todas as dificuldades encontradas no serviço de saúde, o contexto da emergência pode ainda ser espaço para o início de um processo educativo e que não deve ser desprezado. Uma relação educativa pode ser empreendida, considerando as necessidades do idoso e familiar desde a admissão do paciente, enquanto permanece no setor e, até em algumas vezes, para preparação de sua alta.

O atendimento inicial e individual oferecido pela equipe é considerado um momento-chave, podendo desenvolver relações de atendimento que valorize o momento, o paciente e o familiar, a partir do conhecimento de sua realidade de saúde, não sendo um aprendizado imediato, mas favorecendo o processo de diálogo e possibilitando relação de aprendizado em saúde.

Dentro das relações sociais no ambiente da emergência, ressalta-se os cuidados da equipe de trabalho em ambiente hospitalar que estão relacionados à assistência ao idoso cardiopata e seu familiar. A demanda de trabalho exige uma equipe multidisciplinar, porém no setor de emergência e, em especial na situação de urgência, os profissionais de enfermagem e de medicina estão ligados diretamente ao processo de atendimento.

O enfermeiro é um agente de saúde, sendo facilitador do processo de engajamento no autocuidado. Mostra-se presente no decorrer da assistência de enfermagem com seu papel técnico nos cuidados junto ao idoso, familiar e equipe de enfermagem, e também como profissional educador em saúde.

Para Bech (1999 apud Santos e Silva, 2002), o enfermeiro é o profissional que também oferece ajuda à família, através de um processo interativo, com objetivo de proporcionar meios para o enfrentamento da situação de doença, aprendendo com a experiência a partir da busca do significado.

Segundo Ramos (2002), a principal preocupação com o envelhecimento populacional será a de cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, a maioria com baixo nível socioeconômico e educacional, associado a uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes. O sistema de saúde terá que fazer frente a uma demanda crescente por procedimentos diagnósticos e terapêuticas das doenças crônicas não-transmissíveis, principalmente as cardiovasculares; deverá estabelecer indicadores de saúde capazes de identificar os

idosos de alto risco e orientar ações concentradas de promoção de saúde e manutenção da capacidade funcional.

Inserir neste contexto uma proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem, baseada na Teoria Geral de Enfermagem de Orem e na concepção de Educação de Paulo Freire, exigiu um esforço intelectual do pesquisador, pois as atividades intensas do setor acabam por envolver o profissional em questões mais imediatas. Contudo, a prática do diálogo valorizando a presença do acompanhante e a realidade vivida pelo idoso, mostrou ser uma proposta humanizadora que envolveu na relação de cuidado o profissional, o idoso e o familiar.

a) O cuidado

O processo de cuidado aos idosos cardiopatas, com qualidade e em tempo hábil no setor de emergência, requer a avaliação dos sinais precoces, o conhecimento científico, acesso rápido à aplicação terapêutica e a habilidade técnica. O cuidado sensível, a percepção dos sinais e indicativos sutis à busca de informações específicas e a valorização do processo de abordagem ao cliente cardiopata possibilita enriquecer a assistência prestada. A equipe de enfermagem é um instrumento fundamental na prestação de cuidado e esta deve ser envolvida e mobilizada para ações educativas.

Considerando o crescimento da população idosa e conseqüentemente das doenças crônicas, em especial das cardiopatias, ressalta-se o impacto do atendimento no setor da saúde. O enfermeiro busca a promoção do autocuidado do idoso e seu familiar visto a necessidade de planejamento do cuidado de enfermagem no serviço de emergência com vistas à orientação em saúde, valorizando as capacidades e potencialidades do idosos e seu familiar como agente de autocuidado para melhoria da condição de saúde.

Durante a prática assistencial, pude perceber que os idosos sentiam-se motivados aos cuidados em saúde referente ao tratamento de acordo com o seu conhecimento a respeito da situação de saúde. Compreendiam a importância do tratamento medicamentoso e do controle dos fatores de risco, porém com pouco conhecimento referente ao processo fisiopatológico da doença cardíaca e a importância da manutenção do controle periódico de saúde.

Os depoimentos a seguir mostram as relações de cuidado entre a idosa e seu cuidador familiar:

O sal aumenta a pressão e prejudicam o coração e o rim dela que já estão fracos, a gordura nem se fala, ela teve que desentupir uma veia do pescoço. (Nora de Humildade)

Há tempo já faço nossa comida toda com pouco sal e gorduras, desde que comecei a cuidar dela quando veio morar com a gente; além disso é importante para nós também. (nora de Humildade)

Ela esquece de tomar os remédios e além disso não sabe ler...precisa de cuidados. (Filho de Amor)

Para uma das idosas, a motivação ao cuidado em saúde também é influenciada pela importância de sua presença na família, sua função em exercer o papel de chefe de família e seu significado social, fazem com que o desejo de melhora se torne mais evidente. É possível também avaliar que compreendem, a partir do diálogo, a importância dos cuidados para sua saúde.

...mesmo sendo cansativo tenho prazer com o que faço...sou o coração da família... preciso me cuidar! (Compreensão)

A gente conversando assim, to entendendo... mas então agora preciso e posso me cuidar... a gordura faz o que mesmo?. (Compreensão)

As idosas com diagnóstico há mais tempo parecem assimilar a importância real dos cuidados em saúde, possivelmente por experiências anteriores e sucessivas.

Vou ao postinho para verificar a pressão e se não estou bem, venho para o hospital para resolver o problema. (Coragem)

Cuido do meu coração tomando as medicações. (Gratidão)

Meu marido já sabe dos cuidados para alimentação... ele cozinha pra nós. (Gratidão)

Preciso me cuidar e tomo os remédios que meus filhos compram. (Alegria)

Em relação ao cuidado em saúde pode-se relacionar o *déficit de*

autocuidado relacionado à atividade física diminuída decorrente da falta de motivação. Segundo Papaleo Netto (2000), o condicionamento físico tem por finalidade submeter o coração a sobrecargas progressivamente maiores a fim de que, com a adaptação, passe a consumir menos oxigênio para determinado trabalho. A atividade física desenvolve a circulação colateral, favorece o controle dos níveis glicêmicos e lipídicos no sangue, além do relaxamento físico e psíquico que promove. Porém, no caso dos idosos, a avaliação para esta prática é fundamental, nos portadores de insuficiência coronariana estão indicados exercícios isotônicos e devem ser evitados os isométricos ou de resistência. De forma geral, os exercícios devem ser de leve a moderados e prescritos individualmente de acordo com as condições gerais e de função cardiovascular do idoso.

O envelhecimento provoca alterações físicas que podem influenciar na motivação da atividade física, como a diminuição da visão e audição, da força muscular e flexibilidade, agilidade, energia, além disso, a presença de uma doença faz com que o idosos justifiquem esta limitação. Porém, a doença instalada compromete física e psicologicamente suas limitações para o desempenho de atividade física, estando relacionada aos momentos de descompensações da função cardíaca (Papaleo Netto, 2000). Neste momento, *a intervenção de enfermagem inclui-se no sistema de enfermagem de apoio-educação ao idoso e também ao familiar cuidador.* Durante esta ocasião, muitas vezes me perguntei: como motivar uma pessoa idosa e seu familiar cuidador a desenvolverem uma rotina de atividade física saudável de forma a prevenir as complicações relativas à mobilidade? Somente a recomendação parece não significar que o idoso compreendeu a real necessidade dessa prática de atividade. Então, considerando o momento propício para o estímulo ao autocuidado e para a educação em saúde, exige-se que o enfermeiro esteja atento ao contexto histórico e social do idoso e familiar, como por exemplo: Que informações já tem a respeito do assunto? Que condições de ambientais e sociais dispõe? Que condições apresenta para desenvolver e permitir a prática de atividade física com segurança? Estes aspectos são relevantes para compreensão e conseqüente orientações em saúde de acordo com a realidade apresentada pelos idosos.

Outros diagnósticos relativos aos cuidados podem ser descritos a seguir nesta categoria. *O déficit de autocuidado relacionado à dieta decorrente da ingestão de alimentos ricos em sódio, gorduras saturadas, carboidratos e açúcar, associado à*

falta de conhecimento relacionado ao risco cardiovascular. As idosas, com as quais trabalhei, apresentavam conhecimento relativo da restrição de certos alimentos, porém não conseguiam assimilar como risco potencial para doença cardiovascular.

Em relação à prevenção dos fatores de risco para doença cardiovascular estão relacionados: a dieta hipossódica,, com objetivo de controlar a hipertensão, que aumenta de modo significativo as complicações cardíacas em indivíduos idosos, e a redução de níveis lipídicos e glicêmicos, os quais são fatores predisponentes para acidentes coronarianos nos idosos (Papaleo Netto,2000). Neste momento, a intervenção de enfermagem situa-se em parte no sistema parcialmente compensatório quando associado à supervisão dos hábitos nutricionais e no auxílio da manutenção da dieta ou de seu preparo específico; e no sistema de apoio-educação, quando da possibilidade de orientações a respeito da dieta associando ao risco cardiovascular, possibilitando o aprendizado para desempenho das medidas de autocuidado, promovendo o idoso como um agente de autocuidado.

Outro diagnóstico que aparece é o de déficit de autocuidado relacionado aos cuidados preventivos de saúde, associado à falta de controle periódico dos níveis pressóricos, glicêmicos e lipídicos; falta de acompanhamento médico ou de enfermagem a nível primário de saúde.

Entre as participantes, quatro não faziam controle periódico de sua saúde, enquanto duas utilizavam-se de Unidade Local de Saúde para controle e acompanhamento. Uma dirigia-se a Unidade Local de Saúde apenas para verificação da pressão arterial e uma última freqüentava o ambulatório do HU para consultas e controles. As idosas e familiares optam em procurar os serviços de emergência influenciados pela gravidade do caso e pela resolutividade do serviço de saúde.

Em relação aos sistemas de enfermagem, inclui-se no *sistema de apoio-educação*, sendo de relevância para o enfermeiro, o conhecimento dos hábitos preventivos adotados, a visão do idoso e familiar sobre os serviços de saúde, a opinião de suas práticas e o reconhecimento do início das complicações das doenças pré-existentes.

Um fator relevante, atualmente, é a importância da sensibilização popular para as possibilidades de promoção da saúde, através do desempenho de hábitos de vida saudáveis e adoção de comportamentos preventivos. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (1992 apud Papaleo Netto,2000), a

promoção de saúde entre os idosos é o conjunto de ações que provocam mudanças no estilo de vida, objetivando a diminuição do risco de adoecer, estabilizando ou melhorando a saúde dos indivíduos em sua totalidade, aliando à saúde física a sua complexidade social.

No decorrer da coleta de dados, procurei ouvir com atenção e busquei compreender as situações emergidas das conversas, relativas às situações de saúde e aspectos gerais de envelhecimento, tanto com idoso quanto com familiar presente.

Até então nunca tive problema de saúde...mas com a velhice.
(Carinho)

Me sinto sozinha, cuidei de meu marido durante 16 anos que tinha Parkinson. (Carinho)

Outro diagnóstico relevante é o de *déficit de autocuidado relacionado aos cuidados preventivos de saúde, associado à dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso e cuidados preventivos de saúde, relacionado ao estilo de vida decorrente da falta de conhecimento sobre cuidados com cardiopatias*. Todos os idosos e familiares reconheceram a importância do tratamento medicamentoso, dando ênfase à dificuldade de adesão ao uso contínuo e correto das medicações.

Tentamos deixar ela cozinhar, mas exagerou no sal, gorduras...já noto o inchaço nas pernas. (nora de Humildade)

A terapêutica farmacológica torna-se necessária e deve estar associada também à redução dos fatores de risco para doenças cardíacas. Os medicamentos objetivam o controle das doenças cardiovasculares evitando-se complicações e agravamentos. Outra questão relevante em relação aos cuidados preventivos é que se deve remover os fatores precipitantes ou agravantes da doença, pois devido ao comprometimento do organismo pelo processo de envelhecimento e à associação de quadros patológicos diversos, é freqüente o aparecimento de problemas que podem desencadear ou agravar a doença cardíaca. Os processos infecciosos graves, principalmente pulmonares ou urinários, podem desencadear ou agravar a insuficiência cardíaca.

No trabalho foram evidenciados que, dois dos três idosos internados com diagnóstico de insuficiência cardíaca tiveram como causa de base para descompensação do quadro patológico uma infecção pulmonar. Na situação, a *intervenção de enfermagem está incluída no sistema de enfermagem parcialmente compensatório* quando o enfermeiro e o familiar desempenham o controle do autocuidado, através do auxílio na identificação e na supervisão da terapêutica medicamentosa.

Também pode estar incluída no *sistema de enfermagem de apoio-educação* quando o enfermeiro orienta a respeito da importância da presença do familiar, sendo fundamental para evitar confusões com o número significativo de medicações em uso. Deve-se auxiliar na identificação de horários, rever periodicamente a prescrição e supervisionar o idoso quanto ao uso correto, atentando para adequação de horários com os hábitos do idoso. Busca-se ensinar de forma a considerar a realidade do idoso em suas situação de saúde e sócio-cultural, buscando a aquisição de conhecimentos e habilidades para tomada de decisão e o controle das situações relativas à sua saúde. Como demonstra o relato a seguir:

Toma o remédio corretamente, mas nós a auxiliamos, identificamos com letras e números bem grandes e ela toma sozinha, porém estamos supervisionando constantemente... (nora de Humildade)

Este momento de troca de informação e de aprendizado possibilitou uma relação de confiança e construção de vínculo profissional-idoso-família. A construção do conhecimento em conjunto foi significativa, pois percebi a valorização do profissional de enfermagem pelo idoso-família, que sentiam-se realmente “cuidados” e a partir daí surgia a motivação para adequação do tratamento e possível conscientização para transformação da realidade, visto que seu potencial estava sendo valorizado/estimulado em suas potencialidades.

5.2.3 TEMA 3 - O olhar educativo

O Tema 3 – O Olhar educativo descreve acerca da importância do desenvolvimento de ações para o autocuidado, considerando os potenciais

individuais para o cuidado em saúde do idoso cardiopata enquanto considera-se o enfermeiro o facilitador deste processo. Este tema foi composto de duas categorias identificadas a partir da análise dos dados, sendo elas: a) O potencial do idoso e seu familiar para o autocuidado e b) a enfermeira na educação para o autocuidar.

Para descrição desta categoria tomei como base o sistema de apoio-educação de Orem, onde a pessoa pode aprender a desempenhar o autocuidado, buscando então o aprendizado de ações de cuidado. Também considerando apoio desenvolvimental onde as ações buscam refletir sobre o aprendizado necessário para a tomada de decisões, controle do comportamento e aquisição de conhecimentos e habilidades para o autocuidado, sendo este o foco de atuação da enfermeira no estudo.

a) O potencial do idoso e seu familiar para o autocuidado.

No decorrer do estudo procurei, junto aos idosos e familiares, a integração para a busca de aprendizado em relação aos cuidados para iniciar o processo de sensibilização, para a importância desses cuidados para a sua vida e condição de saúde.

O conhecimento dos idosos, especialmente no momento de descompensação da doença, foi fundamental à valorização de seus potenciais para o autocuidado. O desenvolvimento do autocuidado auxiliou na manutenção da integridade estrutural e funcionamento humano, bem como restabelecimento cardiológico quando de atendimento inicial e posteriormente contribuindo para seu desenvolvimento na situação de cuidado de saúde, pois, conforme Orem (1991 apud George, 2000), as pessoas são capazes e desejam desempenhar autocuidado para si e para os membros dependentes da família.

Com base nas teorias, foi possível perceber o que há de riqueza no indivíduo idoso e seu familiar para fundamentar as ações de educação em saúde. Possibilitou desenvolver ações de educação em saúde para o autocuidado e ir mais além, compartilhar o saber científico com o popular para promover a saúde. Para que as pessoas desenvolvam ações de autocuidado é necessário que tenham consciência da importância dos cuidados, para que sejam sujeitos de sua própria saúde e do ambiente em que estão inseridos, para serem capazes de buscar e garantir a assistência adequada para atender as suas necessidades de autocuidado.

Através do diálogo que faz parte da própria natureza humana, o saber

popular foi valorizado e o saber científico foi compartilhado. Segundo Freire (2000), poder valorizar a cultura popular é o que há de mais forte no processo educativo. O enfermeiro, o idoso e o familiar foram sujeitos do aprendizado para o autocuidado, através do diálogo e da valorização dos potenciais de autocuidado.

O idoso é sujeito de seu viver; tem saberes, cultura e valores e que mesmo sem saber ler, como no caso das quatro idosas analfabetas do estudo, não são pessoas sem saberes, pelo contrário, tem vivências e potenciais para aprendizado e desenvolvimento de cuidados em saúde. Valorizar a visão de mundo, hábitos de vida e o ambiente em que vivem foi essencial, além disso a simplicidade na forma de abordagem foi fator facilitador de vínculo entre idoso – familiar e enfermeiro. O potencial para o autocuidado em pessoas idosas pode ser evidenciado nos diagnósticos de competência emergidos dos dados deste estudo, como: *Potencial de autocuidado relacionado à adaptação e aceitação ao envelhecimento e situação de saúde, compreensão e motivação para tratamento, e modificação de hábitos de vida e aprendizado aos cuidados de saúde.*

O aumento do número de idosos observado nas últimas décadas tem gerado interesse em relação às alterações fisiológicas que afetam condições físicas e capacidade funcional dos vários órgãos e sistemas, à medida em que a idade avança. A interação de fatores endógenos e ambientais decorrem durante toda a vida dos indivíduos e influenciam essas alterações, acontecendo em ritmos diferentes nos vários sistemas e não obedecendo a mesma idade cronológica em todos os indivíduos, tornando a população de idosos bastante heterogênea, principalmente em relação aos aspectos de saúde (MARICCI E BARBOSA APUD DUARTE et al., 2003).

Segundo Veras et al. (1999), é de fundamental importância conhecer quais as alterações relativas ao envelhecimento normal e aprender a reconhecer as alterações que são anormais ou patológicas, e como preveni-las.

Estratégias de promoção de saúde visando à prevenção, tratamento e controle de problemas de saúde dos idosos visam à melhoria da qualidade de vida deste grupo. A detecção precoce de doenças é uma estratégia preventiva central na avaliação de saúde dos indivíduos idosos onde se objetiva a redução de complicações e incapacidades e o aumento da capacidade funcional, onde a busca ativa de fatores de risco das principais doenças que acometem esta faixa etária deve ser sistemática e periódica. (VERAS et al., 1999).

Apesar das idosas apresentarem diferentes comportamentos e graus de ações de autocuidado, sentem-se motivadas ao tratamento e controle de sua saúde.

Cuido do meu coração tomando as medicações. (Gratidão)

... vim logo antes que as coisas fiquem mais graves. (Gratidão)

Outro diagnóstico que revela a capacidade das idosas e seus familiares para o autocuidado foi: *Potencial de autocuidado para aprendizado e conseqüências do AC para doença cardíaca, compreensão do estilo de vida atual, tratamento e hábitos saudáveis.*

O redimensionamento desse momento na trajetória de envelhecimento pode levar a um universo de potencialidades e possibilidades de transformações inerentes ao viver com uma doença crônica. Sendo o envelhecer, por um lado, um processo individualizado e, por outro, influenciado pelos padrões socioculturais, a maneira como o grupo social encara a velhice e interpreta os problemas de saúde, interfere na vida de cada indivíduo, na capacidade de se adaptar ao meio e transformá-lo em seu benefício, na sua auto-imagem e na capacidade de construir seu próprio caminho em busca do envelhecer com qualidade. Neste caso, as ações de saúde visam a monitorar e acompanhar um paciente de mais idade com patologia crônica, na tentativa de impedir as complicações e diminuir a hospitalização, visto que não existem medidas preventivas de alta eficiência para essas doenças. As medidas preventivas são em geral de caráter educativo, envolvendo mudanças de hábitos de vida (Veras, 1999; 2002).

A capacidade do idoso não é comprometida, porém demanda mais tempo. As ações de educar em saúde contribuem para o desenvolvimento de ações de autocuidado, visando à qualidade de vida, e as estratégias preventivas estão voltadas ao controle dos fatores de risco para cardiopatias, entre eles: controle da hipertensão, do diabetes mellitus, das dislipidemias, do tabagismo e alcoolismo, do estresse e incentivo à atividade física. Diagnósticos como: *Potencial de autocuidado aumentado para dieta hipossódica, hipercalórica, com redução de açúcar, restrição do tabagismo e para uso correto de medicação e Potencial de autocuidado relacionado a mudança hábitos de vida – prática de atividade física ou de grupo,* mostram que os idosos são capazes de se adequarem ao um novo estilo de vida, se

houver apoio familiar e um olhar educativo por parte do profissional de enfermagem. Para Orem (1991 apud George, 2000), o aprendizado da vida, associado a condições patológicas, bem como de efeito de medidas diagnósticas e terapêuticas, em busca de um estilo que promova o desenvolvimento contínuo do indivíduo, levam as pessoas a desenvolverem atitudes de cuidado, como pode ser observado nas declarações das idosas desse estudo:

Preciso me cuidar e tomo os remédios que meus filhos compram.
(Alegria)

Sempre cuidei dele.. agora preciso me cuidar. (Carinho)

Sei que caminhar é bom, mas pra mim tem que ser leve, não posso mais fazer esforço, caminhar muito... (Tranqüilidade)

O controle dos fatores de risco compreendem medidas preventivas para as cardiopatias, sendo que os principais são hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo e dislipidemias. E dentre as medidas terapêuticas, o tratamento farmacológico é fundamental. A hipertensão arterial aumenta o trabalho cardíaco e eleva o consumo de oxigênio, o diabetes mellitus e a elevação do colesterol total predis põem aos acidentes coronarianos. Segundo Goldman (2001), a dislipidemia inclui todas as anormalidades de lipídios e lipoproteínas, estudos confirmam que a elevação do nível sérico de colesterol é fator de risco para doenças cardiovasculares e, embora grande parte da variabilidade interindividual seja genética, o consumo de colesterol, de gordura saturada aumenta o colesterol sérico. A nutrição adequada é fundamental para a saúde do idoso, a obesidade é um fator de risco que pode levar às doenças cardiovasculares. As dietas hipossódicas desempenham um importante papel na terapêutica das cardiopatias, especialmente no controle da hipertensão arterial e na insuficiência cardíaca congestiva.

O tabagismo, juntamente com a dislipidemia e a hipertensão, é considerado um dos três fatores principais de risco para coronariopatias. Os benefícios de parar de fumar são significativos na incidência das coronariopatias (Goldman, 2001).

A terapêutica medicamentosa deve estar associada ao controle dos fatores de risco, portanto à restrição de sódio, controle da obesidade e dislipidemias

e à modificação de fatores ligados ao estilo de vida do idoso (Papaléo Netto, 2000).

A atividade física para o ser humano nos dias atuais é considerada elemento chave na promoção da saúde e conseqüentemente, na qualidade de vida. Para os idosos, a prática de exercícios determina o aumento da capacidade funcional e independência; entretanto, o somatório das modificações fisiológicas determinadas pelo envelhecimento, associada ao efeito de possíveis patologias comuns, contribui para redução da capacidade de realizar atividade física (VERAS,1999).

Segundo Goldman (2001), as pessoas que se exercitam mais, ou estão mais bem condicionadas, correm menos risco de doença cardiovascular, ocorrem alterações significativas nos vários fatores de risco para cardiopatias com a prática de exercícios físicos, entre eles: maior resistência insulínica, de pressão arterial, HDL-colesterol, fibrinólise e triglicerídeos, que para a prevenção secundária sugere benefícios. Entretanto, é necessário avaliar os indivíduos de alto risco antes do início do programa de exercícios.

Conforme os pressupostos adotados para esse estudo, é importante na assistência aos idosos cardiopatas, no setor de emergência, saber identificar o potencial para o autocuidado, relacionado à autonomia e independência, de maneira que tais informações sejam incorporadas aos diagnósticos de enfermagem para melhor condução das ações educativas dirigidas ao idoso e seu familiar:

- *O ser humano é único, repleto de experiências e de potencialidades, inseridos em uma sociedade, capaz de aprender e desenvolver-se para transformar a realidade de vida e saúde;*
- *O ser humano é histórico, cultural e capaz de pensar e agir conforme as suas próprias crenças e valores.*

Para se conseguir uma vida mais saudável, o objetivo de cada um, bem como das políticas de saúde, deve ser o de manter a autonomia e o máximo de independência possível, sendo que quando estas estiverem diminuídas, deve-se buscar restaurá-las o mais precocemente. Uma das formas de quantificar saúde de um idoso é através do grau de autonomia que possui e do grau de independência com que desempenha funções da vida diária, levando-se em conta seu contexto sócio-econômico e cultural. Entretanto, para enfrentar o desafio da obtenção de uma velhice saudável, conservando a autonomia e o máximo de independência possível, é preciso modificar estratégias de intervenção, os profissionais de saúde devem

envolver-se em estratégias de cuidado de saúde apropriadas para cada determinante do estado de saúde (PASCHOAL,1996).

A importância do estado funcional está relacionada à sensação de bem-estar dos indivíduos idosos, como um marcador de saúde, de consumo de serviços sociais e em seu impacto sobre família e sociedade. No caso das doenças cardíacas, o diagnóstico e o tratamento precoce previnem complicações, e é de fundamental importância que o idoso participe no processo de responsabilidade sobre sua saúde, podendo autocuidar-se com a manutenção do tratamento medicamentoso, dos comportamentos e hábitos de vida saudáveis e no acompanhamento e controle de sua situação de saúde. Neste caso, a prática de saúde, como prática educativa, deve estar voltada à busca de manutenção da autonomia e independência, visando ao autocuidado para as doenças crônicas, sendo um processo de capacitação de indivíduos para transformação da realidade de saúde.

b) A enfermeira na educação para o autocuidar.

Partilhar as vivências e desejos das idosas e familiares no momento do cuidado foi importante para o estabelecimento de vínculo e de uma relação educativa efetiva entre o enfermeiro e as idosas e seus familiares acompanhantes. Essa postura permitiu valorizar e mobilizar os participantes para o controle de sua saúde através de reconhecimento de seus potenciais para o autocuidado, possibilitando às idosas a conservação da motivação, a esperança e a expectativa de melhora.

A prática assistencial compartilhando informações sobre a situação de saúde e fazer –se presente junto à idosa e seu familiar sob cuidados de saúde, buscando interpretar o seu olhar e dar significado ao momento vivido, propiciou uma interação humana que resultou em uma nova relação de cuidado entre enfermeira-idosa- acompanhante.

Foi fundamental para o desenvolvimento das ações de educação para o autocuidado atuar como agente de comunicação, como agente do diálogo em busca do aprendizado e principalmente respeitando o ritmo de aprendizado de cada idosa e familiar acompanhante. O cuidado sensível realizado através do olhar, do sorriso, da atitude compreensiva, da paciência, da comunicação clara, do sentir e do tocar, fizeram parte do processo da assistência de enfermagem e foram determinantes

para o desenvolvimento da relação educativa para o autocuidado.

Buscar o cuidado com enfoque na educação em saúde vem ao encontro do que afirma Berger (1995, p.60) “a enfermagem em gerontologia vai mais longe que o simples fato de prestar cuidados sob prescrição médica, visa à promoção da saúde, à prevenção de doenças, através da utilização dos recursos humanos apropriados para os idosos”. Auxiliar os idosos e seus familiares a conhecer as alterações de saúde e valorizar seus potenciais pode motivar para autocuidado, fazendo-o sentir-se mais saudável ao ajustarem suas exigências de cuidado para a manutenção do bem estar e saúde ao ritmo e hábitos de vida.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, pude estar em constante reflexão sobre a problemática desse estudo que é o fato de atender no setor de emergência, idosos cardiopatas com descompensação ou com complicações decorrentes da falta de cuidados com sua saúde, no seu dia-a-dia, ou ainda, com a falta da utilização dos serviços de atenção básica disponíveis para controles preventivos. Segundo Mailloux-Poirier (apud Berger, 1995), o ser humano que deseja manter ou recuperar a saúde precisa, muitas vezes, modificar seus comportamentos ou aprender novos comportamentos para a saúde.

O idoso com limitações devido à instalação da cardiopatia e que apresenta exigências de autocuidado relacionadas à modificação de hábitos de vida e comportamentos em saúde, encontra conforto quando apoiado pelos familiares e pelo enfermeiro. O enfermeiro tem o papel de mobilizar a capacidade do idoso e do familiar para a contínua aprendizagem e, conseqüentemente, para adesão ao tratamento e controle de sua saúde.

Esse estudo vem reafirmar a importância da educação em saúde na enfermagem, em qualquer circunstância da assistência, a diferentes indivíduos e grupos, de maneira a preencher espaços cruciais para um cuidado efetivo, ou seja, um cuidado que prima pela autonomia do indivíduo que busca manter relações de aprendizado para o autocuidado, ao ponto de contribuir para que pessoas idosas adaptem-se e interajam para continuar a viver com a doença crônica, contudo de forma saudável e comprometido com sua realidade.

O idoso cardiopata, através dos potenciais de autocuidado, pode ser agente de mudança, transformado e responsável, comprometendo-se com sua realidade de saúde. As ações de educação para o autocuidado possibilitam o idoso e familiar à compreensão da importância de comportamentos positivos em saúde,

reconhecimento e controle dos fatores de risco, situações de descompensação da doença, manutenção de hábitos de vida saudáveis. Com isso, busca-se evitar o aparecimento de agravos e sucessivas internações, evitar a progressão da doença e a possibilidade de estabilização da mesma.

Considerarei que este trabalho pode ser um início, uma semente do desenvolvimento do aprendizado em saúde. A abordagem, realizada através do diálogo simples e com a valorização de saberes, pode tornar a assistência mais humanizada e possibilitar entendimento da situação de saúde. O assistir-educar exigiu de mim a disponibilidade para o diálogo, a escuta, a linguagem acessível e a compreensão de sua realidade e visão de mundo, podendo então compartilhar o conhecimento científico da realidade encontrada, adaptando-a ao momento de assistir valorizando o saber do senso comum.

O foco desse estudo está no processo de assistir-educar que se deu através do olhar educativo durante a prática de enfermagem e é nesse foco que entendo a assistência de enfermagem deve se pautar, apesar de muito ainda ter a ser desenvolvida. O vínculo entre enfermeiro e cliente está fortalecido nesta perspectiva que qualifica o cuidado, ao mesmo tempo em que valoriza o enfermeiro.

Considero que um novo olhar para a assistência de enfermagem é necessário. O olhar educativo pode permear o cuidado, não somente na atenção primária, mas também se estender a todos os setores da assistência à saúde. Como no caso desta pesquisa, oportunizar o espaço da emergência, que muitas vezes é o espaço de primeira escolha, até mesmo para acesso ao serviço de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa foi voltada às pessoas idosas portadoras de doenças cardiovasculares e seus familiares, atendidos no setor de Emergência do HU-UFSC, com enfoque na educação para o autocuidado. A opção temática surgiu assim que comecei a trabalhar no setor de Emergência, quando senti a necessidade de manter no planejamento dos cuidados de enfermagem, as ações de educação para a saúde ao cliente e família, visando a contribuir para melhorar a capacidade desses usuários para o autocuidado, considerando sua condição de cronicidade. Era de fundamental importância para mim, enfatizar para os indivíduos e familiares o senso de responsabilidade sobre sua própria saúde.

A educação tem caráter permanente e o homem deve ser sujeito de sua própria educação e através do conhecimento de sua realidade de saúde, o homem (usuário de saúde) a compreende, podendo optar e buscar soluções reais para transformá-la. Sendo o homem sujeito do processo educativo. O ser humano idoso e seu familiar acompanhante devem ser reconhecidos como tal no processo de assistência a saúde. Este tem a responsabilidade de decodificar a linguagem científica, proporcionando o acesso à informação clara, compreensível dentro da perspectiva de proposta de cuidados em saúde e de um viver envelhecendo saudável.

A escolha da teoria de Dorothea E. Orem se deu através de reflexão da prática assistencial, na busca do desenvolvimento de ações de educação em saúde para o autocuidado, contribuindo para que as pessoas tenham consciência da importância desta, atuando como agentes de sua própria saúde e transformadores da realidade. A opção pelo referencial teórico contribuiu com a prática assistencial e o processo da pesquisa, fundamentando-a e dando novo olhar à assistência de enfermagem aos portadores de cardiopatias, atendidos na emergência do HU. Mostrou através de seus resultados o processo de adoecimento, busca por atendimento e a capacidade dos indivíduos promoverem ações de um viver saudável.

Para atender às necessidades do segmento idoso e família, é necessário contar com políticas de formação de recursos humanos para o atendimento,

pesquisa, educação em saúde, atenção aos direitos e ao ensino da geriatria e gerontologia.

O enfoque de cuidado à saúde vem, nas últimas décadas, apresentando mudanças e hoje abrangem conceitos mais ampliados relacionados ao bem-estar, qualidade de vida do viver e envelhecer, incorporando seu caráter subjetivo. Assim, a compreensão do ser idoso como um sujeito que tem uma história de vida e é sujeito de sua existência com capacidade para prosseguir mais esta etapa de sua vida e portanto, compartilhar conhecimentos que possam contribuir para um processo de produção e transformação das relações no cuidado da saúde.

A epidemia das doenças cardiovasculares representa um relevante problema de saúde pública no Brasil, pois são responsáveis por um número considerável de óbitos e internações hospitalares, sendo que estes custos crescem anualmente. No momento devemos estar atentos à detecção das complicações cardiovasculares, intensificando medidas de prevenção.

A identificação precoce das doenças cardíacas e a instalação do tratamento adequado permitem a redução das complicações cardiovasculares tendo como consequência a redução de morbimortalidade e alcançando a melhoria da qualidade de vida. É de fundamental importância a construção de estratégias de saúde para prevenção de agravos cardiovasculares.

Acreditando que a enfermagem está voltada para o cuidado e para a educação, o estudo foi norteado por Orem focalizando o indivíduo com potencialidades para cuidar de si e de outros. Neste sentido, um dos pontos principais do enfoque do trabalho de enfermagem é o desenvolvimento de ações educativas. O destaque das atividades de educação em saúde é o caminho para valorização do potencial da enfermagem no campo de assistência às doenças crônicas.

Trabalhar com enfoque na educação em saúde, no setor de emergência, foi extremamente gratificante, visto a satisfação do cliente mediante a compreensão e respeito do significado da doença, o aprendizado, a expectativa e motivação para o repensar do desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis. A valorização, o reconhecimento do profissional e a criação de um vínculo permitem o desenvolvimento de suas potencialidades para a transformação da realidade de saúde individual e coletiva.

Ao ser reconhecida como enfermeira-educadora, senti uma satisfação

imensa e pude reconhecer que a educação para saúde faz parte da base para trabalho de enfermagem. Desenvolver uma Sistematização da Assistência de Enfermagem, voltada para o autocuidado com enfoque educativo, mostrou ser possível e com resultados significativos para: o idoso e seu familiar; para a qualidade da assistência de enfermagem; e para o Serviço de Saúde.

Refletir sobre o processo de educação em saúde, com maior especificidade no ensino do autocuidado junto à pessoas idosas portadoras de cardiopatias e seus familiares acompanhantes, no Serviço de Emergência, se constituiu num exercício acadêmico que me reforçou a importância e a necessidade de impor um salto de qualidade na assistência de enfermagem que contribua para um efetivo controle de saúde dos indivíduos usuários do serviço de saúde, mesmo que a partir de um atendimento de emergência.

REFERÊNCIAS

AFFIUNE, A. Envelhecimento cardiovascular. IN: FREITAS, E. V. de e cols. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.228-232.

ALVAREZ, A. Mulheres Idosas. Suas necessidades e potencialidades para o autocuidado. **Arquivos de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.1, n.3, 1997.

ALVAREZ, A. **Tendo que cuidar**: a vivência do idoso e sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. Florianópolis: UFSC, 2001.

BATLOUNI, M. e FREITAS, E. V. de Insuficiência Cardíaca no Idoso. IN: FREITAS, E. V. de e cols. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.266-281.

BENEDETTI, T.R.B.; GONÇALVES, L.H.T.; PETROSKI, E.L. **Perfil do idoso do município de Florianópolis**. Florianópolis: UFSC, 2004.

BERGER, E.M., et al. **Pessoas idosas**: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta, 1995.

BRASIL. Portaria N° 280 que discorre sobre a presença de acompanhante com idosos internados. **Diário Oficial**. Brasília nº 66 – E, abril, 1999.

CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. E cols. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 58-71.

COLOMBO, R.C.R.; AGUIAR, O.M., Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.2, p.69-82, abr. 1997.

CRIQUI, M.H. Epidemiologia da doença cardiovascular. IN: GOLDMAN, L.; BENNETT, J.C. **Tratado de medicina interna**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.189-193.

DEBERT, G.G. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Universidade de São Paulo/Fapesp, 1999.

DUTRA, O.P.; NONOHAY, N.C.; GOTTSCHALL, C.A.M.; LEITE, R.S. **Manual de condutas do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: FUC, 2002.

GEBRAC/SBC. I Diretriz do Grupo de Cardiogeriatrics da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, 2002; 79 (Supl I). Disponível em <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2002/7901default.asp>> Acesso em

20/01/2006.

GOLDMAN, L., BENNETT, J.C. **Tratado de medicina interna**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

GOLDMAN, L. Doenças cardiovasculares. IN: GOLDMAN, L., BENNETT, J.C. **Tratado de medicina interna**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.184-189.

FMU. **Faculdades Metropolitanas Unidas**. São Paulo. Disponível em <http://www.fmu.br/cppg/htmls/pos_saude_01.htm> Acesso em 20/10/2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

FREITAS, M.C., et al. Perspectivas das esquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n.2, mar/abr. 2002.

FRANCIONE, F.F. **Grupo de convivência: uma alternativa para o processo de aceitação do viver com diabetes mellitus**. 2002. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2002.

FUC. **Fundação Universitária de Cardiologia**. Rio Grande do Sul. Disponível em <http://www.cardnet.tche.br/cardiologia/Templates/fuc_hist.htm> Acesso em 20/10/2005.

GAMARSKI, R. e MOHALLEN, K. L. Doença Arterial Coronariana. IN: FREITAS, E. V. de e cols. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.288-296.

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

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1995.

GODILHO, A.; et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI,2000.

GONÇALVES, L.H.T.; SANTOS, L. L. C.; SILVA, Y. F. Ser ou estar saudável na velhice. **Texto&Contexto Enferm.**, v.1, n. 2, p. 100-113, jul./dez. 1992.

GONÇALVES, L.H.T.; CARDOSO,V. Instrumentos de avaliação da autonomia no desempenho das atividades da vida diária do cliente idoso. **Arquivo Catarinense de Medicina**, v. 24, n. 4, p.21-47. 1996.

GONÇALVES, L.H.T.; LIMA, M.G.O; SCHIER, J. O acompanhante do idoso hospitalizado-um cliente e parceiro da enfermagem. **Texto&Contexto Enferm.**, v. 6, n. 2, p. 387, mai./ago. 1997.

GONÇALVES, L.H.T.; LIMA, M.G.O; SCHIER, J. Avaliando o programa de acompanhante hospitalar de paciente geriátrico. **Revista Ciências da Saúde**, v. 20, n.1/2, p. 60-69. 2001.

GONÇALVES, L.H.T.; LIMA, M.G.O; SCHIER, J. Programa de acompanhante hospitalar de pacientes geriátricos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 24, n. 1, jan. 2003.

IBGE. **Perfil dos Idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil -2000**. Rio de Janeiro, 2002.

IBGE. **Acesso e utilização de serviços de saúde – 2003**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/comentario.pdf> > Acesso em 20/11/2005.

INCOR. **Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. São Paulo. Disponível em <<http://www.incor.usp.br/r-quemsomos.htm> > Acesso em 20/10/2005.

LAMOSA, B.W.R. **Psicologia aplicada à cardiologia**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1990.

LEOPARDI, M.T. **Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: NFR/UFSC; Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LOPES, M.L.H. **Consulta de enfermagem ao portador de hipertensão: trabalhando o autocuidado**. 2003. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/pdf/catalogo_2004.pdf> Acesso em 24/10/2005.

MENDES, A.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anuário Estatístico 2001**. Disponível em < <http://portal.saude.gov.br/saude/aplicações/anuário2001/index.cfm>. > Acesso em 23/10/2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informações para a saúde: Indicadores de Mortalidade**. Disponível em <[http:// tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.idb2002/c04.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.idb2002/c04.def)> Acesso em 24/10/2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conferência Nacional de Saúde On-Line. Educação em Saúde: Histórico, Conceitos e Propostas**. Ministério da Saúde. Programas de Educação/Saúde. Disponível <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacao_saude.htm. > Acesso em 23/10/2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informações de saúde: população residente-Santa Catarina**. Disponível em <<http:// tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/cnv/popsc.def>> Acesso em 10/01/2006.

NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 1993.

ONU. Documentos principales de la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. In: **Programa de formação em gerontologia**. Rio de Janeiro: SESC/CIGS, 1986.

PAPALEO NETTO, M. et al. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000.

PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e Independência. IN: PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. p.314-323.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de vida na velhice. IN: FREITAS, E. V. de e cols. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.79-84.

RAMOS, S.M.P. Epidemiologia do envelhecimento. IN: FREITAS, E.V. e cols. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 79-84.

SANTOS, I.Z. **Autocuidado como forma de assistir aos clientes submetidos à cirurgia cardíaca**. 2003. 131f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Rio de Janeiro - Escola de Enfermagem, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/pdf/catalogo_2004.pdf> Acesso em 24/10/2005.

SANTOS, O. C. **Deteção precoce e acompanhamento integrado de portadores de doenças crônicas**. Disponível em <http://www.medlar.com.br/informes/04_2003/> Acesso em 20/11/2005.

SANTOS, Z.M.S.A.; SILVA, R.M., **Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado**. Fortaleza: UNIFOR, 2002.

SAUPE, R. **Educação em enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1998.

SCHIER, J. **Grupo Aqui e Agora**. Uma ação educativa de enfermagem para o autocuidado com o idoso hospitalizado e seu familiar acompanhante. 2001. 169f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2001.

SOBENC. **Sociedade Brasileira de Enfermagem Cardiovascular**. São Paulo. Disponível em <<http://www.sobenc.com.br/index.php>> Acesso em 20/10/2005.

TERRA, L.N., et al. **Envelhecimento bem-sucedido**. Porto Alegre: EDPUCRS, 2002.

TIMERMAN, A.; SOUSA, J.E.M.R.; PIEGAS, L.S. **Urgências cardiovasculares**. São Paulo: Sarvier, 1993.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: UFSC, 1999.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem**: Uma modalidade convergente-assistencial. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

VERAS, R.P. **Terceira Idade**: alternativas para uma sociedade em transição. Rio de Janeiro: Relume- Dumará: UnATI/UERJ, 1999.

VERAS, R. P. **Terceira Idade**: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará: UnATI/UERJ,2002.

WAJNGARTEN, M; ANDRADE, S. de S; SERRO-AZUL, J.B. Arritmias Cardíacas. IN: FREITAS, E. V. de e cols. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.282-287.

APENDICES

APÊNDICE I

FORMULÁRIO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

1. Instrumento de Coleta de Dados para Sistematização da Assistência De Enfermagem

1.1 Dados de Identificação

Nome:

Idade:

Estado Civil:

Naturalidade:

Procedência:

Nº de Filhos:

Sexo:

Religião:

Profissão:

Escolaridade:

Renda Familiar:

1.2 Requisitos de Autocuidado Universal

Oxigenação:

_____mpm

Saturação: _____

Presença de:

() dispneia

() taquipneia

() ortopneia

() tosse

() expectoração

Necessidade de:

() cateter de O₂

() macronebulização

() TOT

Conhecimento da necessidade de suficiente oxigenação: _____

Qualidade do ar respirado/ ambiente domiciliar: _____

Hidratação:

Pele e mucosas:

() hidratação

() desidratação

Presença de edema:

() sim

() não

Local: _____

Conhecimento da necessidade de ingestão ou restrição hídrica: _____

Quantidade e tipo de líquidos ingeridos diariamente: _____

Alimentação:

Tipo de Dieta: _____

Presença de:

() anorexia

() polifagia

Conhecimento da necessidade de ingestão ou restrição de alimentos: _____

Número de refeições e tipo de alimentos ingeridos diariamente: _____

Condições dentárias para mastigação e deglutição: _____

Eliminação e excreção:

Eliminação urinária: _____

Características: _____

Presença de:

() anúria

() disúria

() poliúria

() retenção

() incontinência

Funcionamento intestinal: _____

Características: _____

Presença de:

- () diarreia
- () constipação
- () hemorróida
- () fistula
- () incontinência

Hábitos de higiene: _____

Alterações genitais: _____

Presença de:

- () sudorese

Conhecimento sobre alimentação e hidratação associados às eliminações: _____

Manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso:

Tipo e frequência de atividade física: _____

Atividades diárias: _____

Avaliação de suas atividades: _____

Motivação: _____

Sono e repouso: _____

Uso de medicamentos específicos: _____

Relacionamento Social:

Suporte social de apoio: _____

Reside com: _____

Vida Familiar: _____

Relacionamento com amigos: _____

Lazer: _____

Encontra-se sozinho/ quantas

horas:_____

Sente-se bem ao

estar:_____

Funcionamento, desenvolvimento e bem-estar do ser humano:

Orientação em tempo e espaço:_____

Memória:_____

Sinais Vitais

PA:_____mmHg

P:_____bpm

T:_____°C

FR:_____mpm

Peso:_____Kg

Altura:_____cm

Problema de saúde:_____

Doença Crônica:

() HAS

() DM

() ICC

() Angina

() DPOC

() Hepatopatias

Hábitos:

() Tabagismo:_____

() Etilismo:_____

() Outras drogas:_____

Locomoção:

() Independente

() Semi-dependente: uso de_____

() Acamado

Alterações/ doenças osteo-

musculares:_____

Condições

habitacionais:_____

Medicações em

uso:_____

Cuidados

preventivos:_____

Antecedentes

familiares: _____

Conhecimento do problema de

saúde: _____

1.3 Requisitos de Autocuidado de desenvolvimento:

Adaptação ao

envelhecimento: _____

() Alterações físicas

() Adaptação a aposentadoria

() Adaptação social

() Autonomia e independência

Adaptação à condição de saúde e aos

cuidados: _____

1.4 Requisitos de Autocuidado no desvio de saúde

O sabe a respeito da

doença: _____

Conhecimento dos fatores de

risco: _____

Controle efetivo para prevenir

complicações: _____

Concientização da importância dos cuidados prescritos:

- () Sim
- () Não
- () Parcialmente

Aceitação e modificação do autoconceito, conviver com situação de doença crônica e necessitar de formas específicas de atendimento de saúde: _____

Motivação e aprendizado das medidas de tratamento e estilo de vida para promoção do desenvolvimento pessoal e transformação da realidade de saúde.

2. Planejamento de Enfermagem

DADOS RELEVANTES	DIAGNÓSTICO DE DÉFICIT AUTOCUIDADO	DIAGNÓSTICO DE POTENCIAL AUTOCUIDADO	INDICADORES	AÇÕES DE ENFERMAGEM

Evolução de Enfermagem

APÊNDICE II

Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Curso de Mestrado em Enfermagem e Saúde

Projeto de Pesquisa:

PROMOVENDO CAMINHOS PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM IDOSOS PORTADORES DE CARDIOPATIAS NO SETOR DE EMERGENCIA DO HU

Pesquisador Principal: Penélope Paloma Rüdiger Scheidt - Mestranda

Pesquisador Responsável: Dra. Angela Maria Alvarez - Orientadora

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1) Esclarecimento sobre as pesquisadoras

PENÉLOPE PALOMA RÜDIGER SCHEIDT é enfermeira do Setor de Emergência do Hospital Universitário e aluna do curso de Mestrado em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

DRA. ANGELA MARIA ALVAREZ é enfermeira e professora de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina da UFSC, e orientadora desse estudo.

2) Objetivos, e Justificativa da pesquisa

No setor de emergência do Hospital Universitário atende-se freqüentemente pessoas idosas portadoras de doenças cardíacas. Acredita-se que a educação para saúde aos clientes cardiopatas e familiares é relevante para reconhecimento das situações de risco, para a redução das freqüentes idas desnecessárias e estressantes ao hospital. Acredita-se também que ao orientar familiares, principal fonte de apoio para a população de idosos, contribuirá para com a cuidado no domicílio desse idoso e na utilização adequada dos serviços de saúde existentes na comunidade como os centros de saúde no processo de contra-referência. Assim os objetivos desse estudo são:

Objetivo geral:

Promover caminhos para a valorização do potencial de autocuidado aos idosos portadores de doenças cardíacas e seus familiares, por meio da construção de um processo educativo.

Objetivos específicos:

1 Implementar e avaliar a assistência de enfermagem aos idosos portadores de doenças cardiovasculares no setor de emergência do HU com enfoque no processo de educação em saúde, baseado na Concepção de Educação de Paulo Freire e na Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem.

2 Conhecer as causas que levam os idosos cardiopatas a retornar freqüentemente à emergência do HU apresentando complicações (descompensações) possíveis de serem evitadas;

3 Prestar cuidados de enfermagem ao paciente cardiopata avaliando a compreensão que o paciente e família possuem acerca da doença e seu potencial em relação ao autocuidado;

4 Desenvolver no decorrer do estudo uma assistência pautada no processo educativo para o desenvolvimento do potencial de autocuidado em relação às cardiopatias, seu tratamento e possíveis complicações com idosos e seus familiares.

3) Procedimento

Ao concordar em participar desta pesquisa estou ciente de que:

a) Serei acompanhada durante a minha internação no Hospital Universitário pela pesquisadora, quando também serei entrevistada por aproximadamente uma hora a duas horas para falar sobre como vivencio minha doença e quais os cuidados que tomo em relação ao seu controle e tratamento.

b) Caso a entrevista não seja suficiente, eu serei visitada em outros momentos enquanto estiver internada.

c) Poderei receber a visita da pesquisadora em casa, após minha alta hospitalar, quando essa poderá entrevistar-me.

d) As informações deste estudo serão de conhecimento apenas da pesquisadora e sua orientadora. Estarão arquivados no computador da sala de trabalho da pesquisadora com senha de acesso restrito. E para segurança, com relação aos dados, estes serão copiados em disquetes e arquivados sigilosamente.

e) A pesquisadora manterá a mim, demais membros da minha família no anonimato.

4) Riscos e Benefícios aos Participantes

a) Riscos

Estou esclarecida de que sou livre para desistir da pesquisa em qualquer momento, sem corra o risco de sofrer discriminação com relação ao atendimento no Hospital Universitário.

b) Benefícios

Estou esclarecida de que minha participação nesta pesquisa poderá ajudar-me a controlar melhor meu problema de saúde, assim como melhorar meu bem estar. Não estão previstas despesas para mim considerando que é a pesquisadora que vem ao meu encontro. A mim não será solicitado nenhum outro tipo de gasto.

Dúvidas e Comentários

Caso eu, futuramente, tenha outras dúvidas poderei solicitar esclarecimentos com a própria Enfa. Penélope telefone: 99688500

Caso eu tenha outras questões ou comentários sobre a minha participação neste estudo eu deverei primeiramente falar com a Enfa. Penélope, mas se por alguma razão eu não desejar fazê-lo, eu poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, através do endereço abaixo:

Comitê de Ética em Pesquisa
Universidade Federal de Santa Catarina
Caixa Postal: 476 - Florianópolis -SC.
Cep: 88010-970
ou pelo Telefone: 331-9206

5) Consentimento

Eu consinto voluntariamente participar dessa pesquisa.

Uma cópia deste Consentimento se encontra sob a minha guarda. A segunda cópia está sob guarda da pesquisadora responsável. MINHA PARTICIPAÇÃO NESTA PESQUISA É VOLUNTÁRIA. Eu sou livre para recusar a participar desta pesquisa ou para desistir dela a qualquer momento. A minha decisão em participar ou não neste estudo não influirá na minha condição presente e futura como usuário (a) do Hospital Universitário/UFSC.

____/____/____
Data

Assinatura do Participante
Nome:

Assinatura das Pesquisadoras:

Enf^a. Penélope Paloma Rüdiger Scheidt

Enf^a. Dra. Angela Maria Alvarez

Universidade Federal de Santa Catarina
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Curso de Mestrado em Enfermagem e Saúde

Projeto de Pesquisa:

PROMOVENDO CAMINHOS PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM IDOSOS PORTADORES DE CARDIOPATIAS NO SETOR DE EMERGENCIA DO HU

Pesquisador Principal: Penélope Paloma Rüdiger Scheidt - Mestranda

Pesquisador Responsável: Dra. Angela Maria Alvarez - Orientadora

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

3) Esclarecimento sobre as pesquisadoras

PENÉLOPE PALOMA RÜDIGER SCHEIDT é enfermeira do Setor de Emergência do Hospital Universitário e aluna do curso de Mestrado em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

DRA. ANGELA MARIA ALVAREZ é enfermeira e professora de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina da UFSC, e orientadora desse estudo.

4) Objetivos, e Justificativa da pesquisa

No setor de emergência do Hospital Universitário atende-se freqüentemente pessoas idosas portadoras de doenças cardíacas. Acredita-se que a educação para saúde aos clientes cardiopatas e familiares é relevante para reconhecimento das situações de risco, para a redução das freqüentes idas desnecessárias e estressantes ao hospital. Acredita-se também que ao orientar familiares, principal fonte de apoio para a população de idosos, contribuirá para com a cuidado no domicílio desse idoso e na utilização adequada dos serviços de saúde existentes na comunidade como os centros de saúde no processo de contra-referência. Assim os objetivos desse estudo são:

Objetivo geral:

Promover caminhos para a valorização do potencial de autocuidado aos idosos portadores de doenças cardíacas e seus familiares, por meio da construção de um processo educativo.

Objetivos específicos:

1 Implementar e avaliar a assistência de enfermagem aos idosos portadores de doenças cardiovasculares no setor de emergência do HU com enfoque no processo de educação em saúde, baseado na Concepção de Educação de Paulo Freire e na Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem.

2 Conhecer as causas que levam os idosos cardiopatas a retornar

freqüentemente à emergência do HU apresentando complicações (descompensações) possíveis de serem evitadas;

3 Prestar cuidados de enfermagem ao paciente cardiopata avaliando a compreensão que o paciente e família possuem acerca da doença e seu potencial em relação ao autocuidado;

4 Desenvolver no decorrer do estudo uma assistência pautada no processo educativo para o desenvolvimento do potencial de autocuidado em relação às cardiopatias, seu tratamento e possíveis complicações com idosos e seus familiares.

4) Procedimento

Ao concordar em participar desta pesquisa estou ciente de que:

f) Como acompanhante e familiar cuidador serei entrevistada durante a internação do idoso cardiopata no Hospital Universitário pela pesquisadora, serei entrevistada por aproximadamente uma hora junto ao idoso, para falar sobre como vivencio a experiência de cuidado junto ao idoso, conhecimento em relação a doença e quais os cuidados que tomados em relação ao controle e tratamento da doença.

g) Caso a entrevista não seja suficiente, eu serei visitada em outros momentos enquanto o idoso estiver internado.

h) Poderei receber a visita da pesquisadora em casa quando o idoso residir junto a mim, após alta hospitalar, quando essa poderá entrevistar-me.

i) As informações deste estudo serão de conhecimento apenas da pesquisadora e sua orientadora. Estarão arquivados no computador da sala de trabalho da pesquisadora com senha de acesso restrito. E para segurança, com relação aos dados, estes serão copiados em disquetes e arquivados sigilosamente.

j) A pesquisadora manterá o idoso e demais membros da minha família no anonimato.

6) Riscos e Benefícios aos Participantes

b) Riscos

Estou esclarecida de que sou livre para desistir da pesquisa em qualquer momento, sem corra o risco de sofrer discriminação com relação ao atendimento do idoso no Hospital Universitário.

c) Benefícios

Estou esclarecida de que minha participação nesta pesquisa poderá ajudar-me a auxiliar no cuidado à saúde do familiar portador de cardiopatia, buscando conhecimentos a cerca da doença, tratamento e controle para buscar melhorar sua qualidade de vida e seu bem estar. Não estão previstas despesas para mim considerando que é a pesquisadora que vem ao meu encontro. A mim não será solicitado nenhum outro tipo de gasto.

Dúvidas e Comentários

Caso eu, futuramente, tenha outras dúvidas poderei solicitar esclarecimentos com a própria Enfa. Penélope telefone: 99688500

Caso eu tenha outras questões ou comentários sobre a participação neste estudo eu deverei primeiramente falar com a Enfa. Penélope, mas se por alguma razão eu

não desejar fazê-lo, eu poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, através do endereço abaixo:

Comitê de Ética em Pesquisa
Universidade Federal de Santa Catarina
Caixa Postal: 476 - Florianópolis -SC.
Cep: 88010-970
ou pelo Telefone: 331-9206

7) Consentimento

Eu consinto voluntariamente participar dessa pesquisa.

Uma cópia deste Consentimento se encontra sob a minha guarda. A segunda cópia está sob guarda da pesquisadora responsável. MINHA PARTICIPAÇÃO NESTA PESQUISA É VOLUNTÁRIA. Eu sou livre para recusar a participar desta pesquisa ou para desistir dela a qualquer momento. A minha decisão em participar ou não neste estudo não influirá na minha condição presente e futura como usuário (a) do Hospital Universitário/UFSC.

____/____/_____
Data

Assinatura do Familiar Participante
Nome:

Assinatura das Pesquisadoras:

Enf^a. Penélope Paloma Rüdiger Scheidt

Enf^a. Dra. Angela Maria Alvarez

ANEXOS

Anexo 1

ANEXO I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEPESH
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 343/05

I – Identificação:

- **Título do Projeto:** Promovendo caminhos para a educação em saúde com idosos portadores de cardiopatias no setor de emergência do HU
- **Pesquisador Responsável:** Dra Ângela Maria Alvarez
- **Pesquisador Principal:** Penélope Paloma Rüdiger Scheidt
- **Data coleta dados:** novembro a dezembro de 2005.
- **Local onde a pesquisa será conduzida:** Hospital Universitário - UFSC

II - Objetivos:

Geral: promover caminhos para a valorização do potencial de autocuidado aos idosos portadores de doenças cardíacas e seus familiares, por meio da construção de um processo educativo.

Específicos:

1. Implementar e avaliar a assistência de enfermagem aos idosos portadores de doenças cardiovasculares no setor de emergência do HU com enfoque no processo de educação em saúde, baseado na Concepção de Educação de Paulo Freire e na Teoria do Autocuidado de Dorotheia Orem.
2. Conhecer as causas que levam os idosos cardiopatas a retornar freqüentemente à emergência do HU apresentando complicações (descompensações) possíveis de serem evitadas.
3. Prestar cuidados de enfermagem ao paciente cardiopata avaliando a compreensão que o paciente e família possuem acerca da doença e seu potencial em relação ao autocuidado.
4. Desenvolver no decorrer no estudo uma assistência pautada no processo educativo para o desenvolvimento do potencial de autocuidado em relação às cardiopatias, seu tratamento e possíveis complicações com idosos e seus familiares.

III - Sumário do Projeto: trata-se de um projeto de dissertação de mestrado apresentado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

a) **Descrição e caracterização da amostra:** farão parte da amostra da pesquisa 10 pacientes idosos portadores de cardiopatias (lúcidos, com autonomia preservada e preferencialmente acompanhados por familiares) e seus familiares acompanhantes atendidos no setor de Emergência Adulto do HU-UFSC com descompensação de doença cardíaca e com posterior internação, recebidos durante o plantão da pesquisadora (profissional que atua no referido setor) e que aceitem participar da pesquisa principal.

b) **Adequação da metodologia e das condições:** o estudo pretende utilizar a metodologia de pesquisa convergente-assistencial, segundo Trentini e Paim (2004). Trata-se de uma abordagem qualitativa que associa os procedimentos de investigação às práticas assistenciais de enfermagem. “Os dados serão coletados utilizando como instrumento o formulário de Sistematização da Assistência de Enfermagem baseado na Teoria do Autocuidado de Orem e na Concepção de Educação de Paulo Freire, aplicado ao idoso e ao familiar quando da internação no repouso, obedecendo as etapas do processo de



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 343/05

enfermagem. Para registro das demais informações observadas e obtidas na assistência de enfermagem será utilizado o diário de campo..." (p. 44 do projeto)

IV - Comentário

O protocolo da pesquisa contém os documentos necessários para sua análise e exigidos pela legislação. As pesquisadoras apresentam dois modelos para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um dirigido aos idosos e outro a seus familiares. Ainda que extensos, os TLCEs estão devidamente elaborados. De acordo com as proponentes, o estudo não apresenta riscos aos idosos, uma vez que os procedimentos de assistência oferecidos não serão alterados, sendo acrescentada uma abordagem educativa para o reconhecimento das incapacidades e valorização do autocuidado. Os benefícios da pesquisa estão relacionados à geração de conhecimentos sobre o tema e ao estímulo para transformação da saúde individual e coletiva. Os currículos apresentados pelas pesquisadoras revelam experiências profissionais e acadêmicas consistentes no campo da assistência de enfermagem a idosos. Também foi anexado ao protocolo orçamento, com custos que serão arcados pelas proponentes, bem como suas declarações e da responsável pelo HU/UFSC, de compromisso com a resolução do CNS 196/96.

V – Parecer CEP:

- aprovado
- aprovado ad- referendum
- reprovado
- com pendência (detalhes pendência)*
- retirado
- aprovado e encaminhado ao CONEP

Data da reunião: 31 de outubro de 2005.

Vera Lúcia Bosco

Prof.ª Vera Lúcia Bosco
Coordenadora do CEPHU/UFSC

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

Anexo 2

ANEXO II



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIREÇÃO GERAL

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: PROMOVENDO CAMINHOS PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM IDOSOS PORTADORES DE CARDIOPATIAS NO SETOR DE EMERGENCIA DO HU, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 03/10/2005

Prof. Ana Maria Nunes de Faria Stamm
Vice Diretora - HU/UFSC

ASSINATURA
CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

ht