

C669520
R1376020
03/04/01
R\$7,45-

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM- MESTRADO

**O CONVIVER DE IDOSOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL: AVALIAÇÃO DO PROCESSO ADAPTATIVO**

TACIANA CAVALCANTE DE OLIVEIRA

FORTALEZA
2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

TESE
616.132
Q52C
2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM- MESTRADO

**O CONVIVER DE IDOSOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL: AVALIAÇÃO DO PROCESSO ADAPTATIVO**

Taciana Cavalcante de Oliveira

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADORA:

Prof.^a Dr.^a Thelma Leite de Araujo

FORTALEZA
2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

FICHA CATALOGRÁFICA

O52c Oliveira, Taciana Cavalcante de
O conviver de idosos portadores de hipertensão arterial: avaliação do processo adaptativo/Taciana Cavalcante de Oliveira. – Fortaleza, 2001
155 f.

Orientador(a): Prof. (a) Dr. (a) Thelma Leite de Araujo

Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará. Curso de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Hipertensão – Idoso. 2. Enfermagem.
I - Título

CDD 616.132

O CONVIVER DE IDOSOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: AVALIAÇÃO DO PROCESSO ADAPTATIVO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Data da Aprovação: 21/02/2001

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Thelma Leite de Araujo
(Presidente)

Prof.^a Dr.^a Maguida Costa Stefanelli
(1º Membro)

Prof.^a Dr.^a Lorita Marlina Freitag Pagliuca
(2º Membro)

Prof.^a Dr.^a Maria de Nazaré de Oliveira Fraga
(Membro Suplente)

“As dimensões da vida variam muito de importância, de acordo com as pessoas, contextos e situações. Conhecer os nossos próprios valores e possibilidades constitui uma grande sabedoria” (Coelho Neto, Araújo, 1998).

Este trabalho está inserido no Projeto ***Auto-ajuda nas Alterações da Pressão Arterial***, financiado pelo CNPq e integrado à linha de pesquisa ***Auto-ajuda de enfermagem em situação de saúde-doença*** do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Para sua viabilização contou com o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Ensino Superior (CAPES).

DEDICATÓRIA

- ❖ A Deus, pela benção de mais uma conquista
- ❖ Ao meu tio Cândido Alves Neto, pelo exemplo de resignação nas provações da vida (*in memoriam*)
- ❖ Aos meus pais Tarcísio e Ana, pelo estímulo constante em todas as etapas da minha caminhada pessoal e profissional
- ❖ Ao meu namorado Cláudio Chaves Arruda, pelo exemplo de força e determinação, pelo estímulo cotidiano
- ❖ À minha tia Yolanda Rufino Pinheiro Cavalcante, pelas palavras de conforto e sabedoria
- ❖ À minha tia Maria Vilzenar Pinheiro Cavalcante, pelo incentivo constante
- ❖ Aos meus irmãos Floriana e Tarcísio, pelo incentivo, amor, paciência e compreensão nos momentos de ausência
- ❖ A todos os integrantes do Grupo Vida, motivo maior deste estudo

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

- ❖ À minha orientadora Dra. Thelma Leite de Araujo, pelo exemplo de pessoa humana, pelos ensinamentos, pelo compromisso profissional, pela paciência e dedicação em todos os momentos do meu caminhar
- ❖ Às mestres Maria Josefina da Silva e Maria Fátima Maciel, pelos ensinamentos e incentivos constantes
- ❖ À professora Dra. Lorita Marlina Freitag Pagliuca, pelas valiosas contribuições, ao longo de todo o meu percurso acadêmico
- ❖ À Dra. Maguida Costa Stefanelli, pela acolhida e pelas valiosas contribuições
- ❖ A todos os idosos entrevistados, pelas lições de vida e sabedoria

AGRADECIMENTOS

- ❖ À minha prima Suyanne Rufino Pinheiro Cavalcante, pelo exemplo de alegria, pela amizade e incentivo cotidiano
- ❖ À minha Amiga Elizabeth Mesquita Melo, pela troca de experiência, pela cumplicidade e apoio nos momentos de angústia
- ❖ À minha amiga Thereza Maria Magalhães Moreira, pela sabedoria, pelo companheirismo e apoio dispensados ao longo da minha vida acadêmica
- ❖ À Ruth Torres, pelas lições de vida e pelas palavras amigas no momento em que mais precisei
- ❖ À Dafne Paiva Rodrigues, pelos ensinamentos transmitidos, pela amizade e pela disposição em me ajudar
- ❖ À Tatiana e Emília, pela oportunidade de crescimento pessoal e técnico-científico
- ❖ Ao projeto Auto-ajuda nas Alterações da Pressão Arterial, pela solidariedade e ensinamentos
- ❖ A todos os integrantes do projeto Auto-ajuda nas Alterações da Pressão Arterial, pela colaboração e estímulos constantes
- ❖ À Andrea Gomes Linard, pela amizade e pela força nos momentos difíceis
- ❖ À amiga Diva Teixeira de Almeida, pela cumplicidade e pelos ensinamentos humanos
- ❖ Ao Marcos Aurélio, pela amizade sincera, pelo companheirismo e pelo incentivo cotidiano

- ❖ Às professoras doutoras Maria de Nazaré de Oliveira Fraga e Maria Socorro Pereira Rodrigues, pelas valiosas contribuições ao longo do trabalho
- ❖ Às bibliotecárias Norma de Carvalho Linhares e Eliene Maria Vieira de Moura, pelas orientações fornecidas
- ❖ À amiga Rita de Cássia Lima Sugette, pelo exemplo de alegria constante e pelas palavras de conforto
- ❖ À Lúcia de Fátima da Silva, pela amizade, pelo incentivo e pelos momentos de descontração
- ❖ À Roberta e Joelna, pela paciência e acolhida
- ❖ À enfermeira Isabel, pela amizade, pelas palavras de conforto e pelo exemplo de força, determinação e coragem
- ❖ À Maria da Assunção de Souza Vieira e Mary Anne Libório de Patrício Ribeiro, pela troca de conhecimentos e pela oportunidade de crescer, enquanto pesquisadora
- ❖ A todas as minhas amigas de mestrado, pela força e energia transmitidas durante o primeiro ano de curso
- ❖ A todos os amigos, cujos nomes não foram mencionados, mas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a finalização deste trabalho

SUMÁRIO

RESUMO

| | |
|---|-----|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 11 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA..... | 20 |
| 2.1 Aspectos Gerais do Envelhecimento..... | 21 |
| 2.2 Envelhecimento e as Alterações Cardiovasculares..... | 26 |
| 2.3 Aspectos Gerais da Hipertensão Arterial..... | 30 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO..... | 39 |
| 3.1 Justificando a Escolha da Teoria de Adaptação..... | 40 |
| 3.2 Aspectos Teóricos e Conceituais da Teoria de Adaptação..... | 41 |
| 3.3 Tipo de Estudo..... | 46 |
| 3.4 População | 46 |
| 3.5 Caracterização do Grupo Vida..... | 48 |
| 3.6 Instrumento e Procedimentos para a Coleta de Dados..... | 49 |
| 3.7 Organização e Análise de Dados..... | 52 |
| 3.8 Aspectos Éticos da Pesquisa..... | 56 |
| 4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS ACHADOS..... | 58 |
| 4.1 Contexto Geral..... | 59 |
| 4.2 Contexto Individual..... | 61 |
| 4.3 Processo Adaptativo..... | 79 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 131 |
| ABSTRACT..... | 136 |
| 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 137 |
| 7 ANEXOS..... | 150 |

RESUMO

Objetivamos investigar o processo adaptativo de idosos, portadores de hipertensão arterial, frente ao envelhecimento e à necessidade de aderir a uma terapêutica que compreende, além do uso de medicamentos, mudanças no estilo de vida. Pesquisa do tipo descritiva, desenvolvida em Fortaleza-CE, junto a onze idosos, no período de março a junho de 2000. Utilizamos, durante a entrevista, um roteiro de levantamento de dados, baseado no modelo de Roy, englobando, portanto, os modos fisiológico, autoconceito, desempenho de papéis e interdependência. Para a realização do processo de coleta de dados, foram respeitados todos os preceitos éticos, considerados importantes para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos. Após a coleta de dados, os discursos foram transcritos, organizados de acordo com pressupostos da análise estrutural e analisados à luz do referencial teórico de Roy. A partir dos achados, podemos revelar que os idosos apresentaram limitações e até mesmo seqüelas decorrentes da hipertensão arterial. Como seria de esperar, diversas alterações foram observadas no modo fisiológico, destacando-se aquelas inseridas na função de atividade e repouso. Os idosos, principalmente aqueles que foram vítimas de Acidente Vascular Cerebral, relacionaram seqüelas, capazes de afetar a locomoção e o desenvolvimento de algumas tarefas cotidianas. A dor física, trazendo limitações variadas, foi também um fenômeno muito citado. Desse modo, percebemos que a convivência com uma dor crônica leva a inúmeras respostas ineficazes, como insônia, perda de apetite, diminuição de atividades, dentre outras. Os idosos relataram ainda a sensação de perda ou diminuição da sensibilidade tátil, caracterizada por percepção de "dormência", levando à limitação da mobilidade física. Outras alterações do modo fisiológico relacionadas foram: perda de memória, desconforto respiratório e cansaço. No que se refere ao autoconceito, percebemos que ao conviver com a hipertensão, alguns idosos experienciaram sentimentos de medo, angústia e insegurança, refletindo diretamente no seu autoconceito. Colocamos, em evidência, que uma parcela significativa dos idosos conseguiu assumir um papel definido, em relação ao seguimento terapêutico, especialmente, no que se refere às medidas não farmacológicas. Nas relações de interdependência, boa parte dos idosos citou a estrutura familiar como pilar de sustentação para um melhor seguimento da terapêutica. As respostas eficazes dos idosos (mecanismos de enfrentamento) às situações adversas, provenientes do momento de vida atual, corresponderam à fé em Deus, apoio da família, realização de atividades ocupacionais e de lazer. Concluimos que, apesar de todas as perdas sentidas e referidas, os idosos buscam uma melhora no estado de saúde, e desse modo, procuram manter-se física e mentalmente ocupados. Com isso, observamos que mesmo com certas limitações, procuram desenvolver práticas afirmativas de vida, em busca de uma maior longevidade. Acreditamos que a realização deste estudo, contribuiu de forma significativa para um olhar mais reflexivo a respeito da nossa prática profissional, enriquecendo-a e tornando possível o desvelar de realidades, antes pouco conhecidas.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem a finalidade de investigar o processo adaptativo de idosos frente ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS), considerando os quatro modos adaptativos de Roy: fisiológico, autoconceito, desempenho de papéis e interdependência (Roy & Andrews, 1999).

A constante interação das pessoas com seu ambiente está evidenciada por mudanças internas e externas. Em um mundo, em processo de transformação permanente, as pessoas necessitam manter sua própria integridade, o que requer uma constante adaptação (Galbreath, 2000). Nesse contexto, está inserido o idoso, com necessidade de adaptar-se, continuamente, ao processo de envelhecimento que envolve a manutenção da sua integridade, nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Nosso estudo, além de trabalhar com o processo de envelhecimento, tem, como enfoque, o idoso portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Desta situação emerge uma tarefa desafiadora - a de avaliar comportamentos e estímulos e, a partir daí, tentar contribuir para a redução de respostas ineficazes, que poderão surgir durante a terapêutica da HAS.

O envelhecimento, via de regra, pode ser entendido como um processo que se inicia ainda na vida embrionária e evolui, ao longo do tempo, no recém-nascido e na criança, perpetuando-se na vida adulta, até a morte. A velhice é o resultado deste processo. Trata-se de um sistema instável, no qual, em cada instante, é preciso reconquistar o equilíbrio perdido. Assim, em função de um determinado tipo de mudança, é que vai se caracterizar o envelhecimento (Duarte, 1998).

Diante do exposto, percebemos que a velhice poderá ser um momento muito difícil para algumas pessoas, uma vez que envolve alterações no complexo biológico, psicológico e social do indivíduo, podendo gerar comportamentos dos mais variados, com características adaptativas ou não.

Na concepção de Vieira (1996), uma pessoa adaptada é um indivíduo capaz, apto a viver, de forma satisfatória, as mudanças biológicas, psicológicas e sociais pelas quais passa durante a vida. Quase sempre, o indivíduo é confrontado com situações, às quais deve enfrentar, tendo de adequar-se de acordo com seus projetos de vida e expectativas futuras.

Retrata Assis (1998), que a velhice é uma etapa do ciclo vital, atingida e desfrutada por mais tempo, por uma grande parte da população brasileira, em decorrência do aumento da expectativa de vida e do acelerado envelhecimento populacional do país, nas últimas décadas.

O crescimento demográfico da população brasileira, na faixa etária acima de 60 anos, verificado, em especial, nos grandes centros urbanos, tem sido motivo de grande interesse, por parte dos estudiosos da terceira idade, em vários países do primeiro mundo. Presume-se que, no Brasil, até o ano 2025, os habitantes com 60 anos ou mais, comporão um contingente estimado em 31,8 milhões de pessoas, ao passo que, em 1950, era de apenas 2,1 milhões. Em um período de 75 anos, de 1950 a 2025, a população brasileira crescerá cinco vezes, enquanto o grupo etário dos que têm mais de 60 anos, aumentará 15 vezes (Veras, 1998).

Hodiernamente, o envelhecimento tem se tornado uma preocupação geral, principalmente pelo aumento progressivo da expectativa de vida, em todo o mundo e,

particularmente, no Brasil, que caminha a passos largos para se tornar um país com grande contingente de idosos (Leme, 1998).

As observações trazidas pelos autores nos revelam que a população de idosos cresce a cada dia e, com ela, também a necessidade de uma assistência mais adequada, com ênfase em uma melhor qualidade de vida, na tentativa de contribuir para um envelhecimento mais promissor. Porém, poucos são os que se interessam pelo idoso, principalmente pelo que porta alguma doença e/ou que possui baixo poder aquisitivo, considerado, muitas vezes, um "fardo". Percebemos, com isso, que, para o idoso usufruir de uma vida longa, com mais qualidade, é preciso haver um investimento maior nas ações de caráter preventivo, evitando malefícios provenientes de várias doenças que podem acometê-lo durante o processo de envelhecimento.

Dada a progressiva perda funcional, órgãos e sistemas podem sofrer alterações que vão sendo somadas e transformadas em diversas doenças crônicas. Essa situação merece uma atenção especial, principalmente pela possibilidade de causar seqüelas das mais variadas, caso não haja um controle rigoroso (Leme, 1998).

Considerando o relatado, destacamos as doenças cardiovasculares, como um fator de grande representatividade no aumento do risco de morbidade e mortalidade da população geriátrica. Dentre essas, merece destaque a HAS, por atingir, aproximadamente, 50% da clientela referida. Sendo assim, percebemos a necessidade de procedimentos alternativos que possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida do idoso, portador dessa doença.

Esclarecem Martins et al. (1996), que a hipertensão arterial sistêmica poderá levar a uma dramática alteração no estilo de vida das pessoas, principalmente pelas

restrições impostas pelo tratamento, farmacológico ou não, exigindo uma forte cooperação por parte do cliente.

Nem sempre os idosos conseguem se adaptar de forma satisfatória a essas mudanças no estilo de vida. Sendo que, muitas vezes, o tratamento de uma doença crônica, ao exemplo da HAS, traz, como reflexos para o idoso, sentimentos de raiva, tristeza, e até de agressividade. Estes poderão repercutir, de forma negativa, para o não ajustamento à terapêutica proposta, desestimulando-o e permitindo a incidência de seqüelas posteriores e/ou o avanço das já estabelecidas.

Imagina-se que, avaliando o processo adaptativo deste cliente diante da terapêutica da HAS, estaremos contribuindo para uma melhor qualidade de vida. Acreditamos, também, que mediante a avaliação, poderemos compreender melhor a percepção e os sentimentos do idoso, frente às propostas terapêuticas. A partir daí, poderemos buscar alternativas, em conjunto com o próprio idoso, para uma melhor convivência com a cronicidade da doença.

Em relação à doença, em si, podemos afirmar que o grande problema da hipertensão se baseia, principalmente, em seu caráter silencioso. Assim, na maioria dos casos, o cliente não aparenta ter nenhum sintoma, relutando, por isso, em tomar os medicamentos anti-hipertensivos, os quais, ocasionalmente, levam-no a sofrer efeitos colaterais (Leme, 1998). Esta concepção, como assinala o autor, poderá convergir para uma resistência à terapêutica farmacológica estabelecida, refletindo, possivelmente, em dificuldades de adaptação e respostas de caráter ineficaz. Cumpre ressaltar, ainda, que a mudança no estilo de vida, configurando a terapêutica não-farmacológica, nem sempre tem uma boa aceitação. Diante dessa realidade, podemos perceber a

importância da questão, principalmente se estiver inserida no contexto da população idosa, que, em razão do processo de envelhecimento, fica mais suscetível a várias mudanças.

É imprescindível, nesse caso, a cooperação do cliente durante o tratamento da HAS, diminuindo, assim, os riscos de complicações, passíveis de irreversibilidade, com reflexo direto na expectativa de vida da população em destaque.

É chegada a hora de desenvolver uma consciência a respeito da magnitude do problema do idoso, portador de doenças crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Essa situação poderá limitar a vida do indivíduo, caso não haja preparo para aceitar a terapêutica estabelecida.

Cabe, portanto, aos enfermeiros, implementar ações específicas de cuidado à saúde do idoso, portador de HAS, orientando-o para um novo conviver com a terapêutica indicada e possibilitando a compreensão de todo o contexto que a envolve.

Nesse sentido, por meio do desenvolvimento de consultas de enfermagem a um grupo de idosos, portadores de hipertensão arterial, observou Oliveira (1999) que poucos mantinham níveis pressóricos aceitáveis, apresentando dificuldades em seguir a terapêutica. Em momentos posteriores, foi possível observar o reflexo direto desse problema, através da ocorrência de infarto e Acidente Vascular Cerebral (AVC), levando a uma limitação na qualidade de vida.

O nosso caminhar com os idosos, tem-nos permitido observar que o tratamento empregado poderá causar respostas das mais variadas, inclusive ineficazes, trazendo limitações à vida do indivíduo como um todo.

A partir daí, surgiram algumas inquietações: 1) que comportamentos os idosos apresentam, frente à terapêutica da hipertensão arterial sistêmica? 2) estão os idosos utilizando mecanismos de enfrentamento? 3) que implicações a terapêutica utilizada tem trazido à vida do idoso?

Com base nessas indagações, pretendemos nortear o estudo em referência, esperando contribuir para uma melhor adaptação do idoso à situação potencialmente geradora de conflitos.

Dados os aspectos abordados, seguiremos justificando o interesse pelo estudo do grupo geriátrico com hipertensão.

A escolha dessa temática surgiu a partir de experiências anteriores, com a elaboração de estudos, abordando o idoso portador de HAS, enquanto integrante do projeto Auto-Ajuda nas Alterações da Pressão Arterial- financiado pelo CNPq, inserido na linha de pesquisa Assistência Participativa de Enfermagem na Situação de Saúde e Doença do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

O projeto serviu de suporte para um caminhar reflexivo sobre a ocorrência da hipertensão, em várias faixas etárias, principalmente entre os idosos.

O cenário que se desenhou, deu vez a que realizássemos alguns estudos envolvendo a temática da hipertensão, na população geriátrica, servindo de destaque a nossa monografia de especialização. Nesse estudo, foi focado o processo de envelhecimento e sua influência na saúde cardiovascular e ocular (Oliveira, 1999).

De acordo com os dados de saúde cardiovascular, levantados no estudo em discussão, julgou-se relevante um acompanhamento sistemático e rigoroso do grupo de idosos, no que se refere ao controle da HAS e fatores de risco associados, uma vez

que do total de clientes avaliados (28), foram encontrados 13 com níveis pressóricos elevados e, destes, apenas oito faziam parte de um programa específico de tratamento. Dos que faziam acompanhamento sistemático, poucos conseguiam manter os valores da pressão arterial dentro dos padrões de normalidade. Além disso, foi observada a presença de fatores de risco para doenças cardiovasculares na clientela, como um todo, dentre os quais citamos: consumo exacerbado de café (89%); ausência de atividade física regular (79%); presença de gordura na dieta (75%) e antecedentes familiares para doenças cardiovasculares (54%).

É perceptível que essa associação de fatores de risco poderá refletir, diretamente, na saúde da clientela, aumentando, portanto, o risco de morbi-mortalidade cardiovascular. Assim sendo, destacamos que as ações preventivas, ou seja, o controle da pressão arterial e fatores de risco são importantes e têm um caráter de urgência, considerando não apenas o grupo anteriormente referido, mas a população idosa, de maneira geral.

Vale salientar, ainda, a participação efetiva que tivemos no Grupo Vida¹, que serviu de suporte para o desenvolvimento da reflexão crítica acerca da problemática vivenciada pelos idosos, relativa aos aspectos biológicos, sociais, econômicos e espirituais. Em referência aos aspectos biológicos, foi observada no grupo, a presença de doenças cardiovasculares, principalmente da hipertensão, gerando conflitos individuais e/ ou familiares, levando a uma certa dificuldade de adaptação. O fato nos trouxe inquietude, tornando-se, portanto, motivo de investigação do nosso estudo.

¹ Este grupo foi criado em maio de 1997. Trabalha com clientes da terceira idade, na tentativa de promover um envelhecimento feliz e bem sucedido. Funciona vinculado à Unidade de Cuidado de Enfermagem do Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), órgão da Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Ceará.

As doenças crônicas são caracterizadas pelo longo tempo de tratamento e pela limitação no estilo de vida, não só do portador, mas, também de outros membros da família (Araújo et al., 1998). Sendo assim, a hipertensão, como enfermidade crônica, traz mudanças no estilo de vida do portador e de sua família, culminando em um momento de crise e adaptação à nova situação.

Para a elaboração desta pesquisa, adotamos a teoria de adaptação de Sister Callista Roy (Roy & Andrews, 1999), por permitir uma melhor análise a respeito da situação vivenciada pelo idoso portador de HAS. Acreditamos que a hipertensão, por ser definida como uma entidade multifatorial, poderá causar inúmeros estímulos e, conseqüentemente, respostas das mais variadas ao portador, especificamente se este for um idoso. Com isso, percebemos ser de extrema importância a aplicação do modelo teórico para o nosso estudo, já que, no decorrer do tratamento da doença, é imprescindível a participação efetiva do cliente e a utilização de mecanismos de compensação aos estímulos que recebe.

Nesse contexto, objetivamos investigar o processo adaptativo de idosos portadores de hipertensão arterial frente ao envelhecimento e à necessidade de aderir a uma terapêutica que compreende, além do uso de medicamentos, mudanças no estilo de vida.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Aspectos Gerais do Envelhecimento

O Brasil desponta, hoje, como um país cuja população se encontra em rápido processo de envelhecimento. Segundo a apuração do Censo Demográfico de 1991, divulgada no Anuário Estatístico do IBGE, a população idosa brasileira, em 1991, tinha 4.903.468 homens e 5.772.041 mulheres, somando, aproximadamente, 10,7 milhões. Esses números correspondem a uma população de idosos maior do que a da Inglaterra (Inglaterra e Gales, em 1981, tinham 9,8 milhões de habitantes com 60 anos ou mais) e maior, também, que a população total de muitos países europeus, inclusive Portugal que, em 1981, possuía uma população de 9,8 milhões de habitantes. Em 1981, a Bélgica tinha 9,8 milhões de habitantes, a Grécia 9,7 milhões e a Suécia 8,3 milhões, o que põe à mostra a importância do contingente populacional do país. A população de idosos, no Brasil, nos dias atuais, é de 13,5 milhões, enquanto que as projeções demográficas indicam um acréscimo de 800 mil idosos, a cada ano, na população brasileira (Veras, 1998).

As observações aqui descritas, apontam na direção de um crescimento desenfreado da população idosa. Face a essa situação, é de extrema importância a adoção de medidas para a promoção de um envelhecer com qualidade, vislumbrando aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

Em concordância com essa forma de pensamento, reforça Assis (1998), que os inúmeros problemas que afetam a qualidade de vida da população geriátrica, em um

país subdesenvolvido, demandam, por sua vez, respostas emergenciais, em diversas áreas. As políticas públicas devem garantir os direitos básicos, tais como habitação, renda e alimentação; e, além disso, desenvolver ações voltadas às necessidades específicas da população idosa, como centros de convivência, assistência à saúde especializada, centros-dia, serviços de apoio domiciliar ao idoso que vive sozinho, programas de medicamentos, universidade da terceira idade, dentre outras.

Nesse sentido, reflete Vieira (1996), que pouco importa viver cem anos, se essa longevidade não estiver acompanhada de qualidade de vida, representada esta por saúde funcional, bem-estar psicológico, social e familiar, afinados com os preceitos mais elementares de dignidade humana.

Tal assertiva nos faz refletir sobre a magnitude da longevidade, uma questão que deve ser trabalhada ainda na vida intra-útero e, a partir daí, ser um *continuum* em nossas vidas. Necessariamente, temos que nos preparar para um envelhecimento com qualidade, valendo-nos de um estilo de vida saudável. Só dessa forma teremos um envelhecimento bem sucedido.

Algumas condições de vida parecem estar associadas à longevidade. Assim sendo, viver em ambiente tranqüilo, sem estresse, respirar ar não-poluído, alimentar-se de forma saudável, não fumar, são atitudes geralmente relacionadas à maior expectativa de vida (Leme, 1998).

Percebemos, com isso, que o envelhecer, apesar de ser um processo universal, é também algo muito próprio de cada um. Dentro dessa perspectiva, cada indivíduo exerce um papel preponderante, durante todo o processo, contribuindo ou não para uma longevidade saudável. Por conta dessas evidências, cada pessoa poderá ter um

mecanismo de adaptação diferenciado, ou melhor, em uma mesma situação, terá uma maneira própria de agir, configurando um comportamento adaptativo ou ineficaz. Os comportamentos de adaptação, portanto, poderão contribuir para a construção de um envelhecimento normal (senescência) ou patológico (senilidade).

Dadas essas considerações, dizer que na velhice ocorrem mais perdas do que ganhos evolutivos, não significa dizer que a velhice é sinônimo de doença e nem que as pessoas ficam, nessa etapa do ciclo vital, impedidas de exercer suas funções. Viver, então, significa adaptação ou possibilidade de constante auto-regulação, tanto em termos biológicos, quanto em termos psicológicos e sociais (Neri & Cachioni, 1999).

No que concerne às alterações fisiológicas, reflete Berger (1995a) que a senescência é um processo natural e não sinônimo de senilidade, mas pode levar a uma quantidade de afecções, uma vez que se caracteriza pela diminuição da reserva fisiológica dos órgãos e sistemas, concorrendo, assim, para um desequilíbrio homeostático.

Independentemente da causa biológica do envelhecimento, observa-se, no idoso, uma perda gradual da elasticidade do tecido conjuntivo, um aumento da quantidade de gordura no organismo, uma diminuição do consumo de oxigênio e da quantidade de água e da força muscular (Vieira, 1996).

Em referência ao envelhecimento psicológico, o mesmo autor cita que este é caracterizado por um aumento na exatidão da percepção e diminuição de sua rapidez; por uma diminuição da memória mecânica; por maior vulnerabilidade das funções mentais, ligadas ao envelhecimento cerebral; aumento da habilidade para desenvolver trabalhos que exigem precisão e paciência; aumento da ponderação, do equilíbrio e da

espiritualidade. Sabe-se que o marcador dos primeiros conflitos psicológicos, na terceira idade, é a dificuldade que tem o idoso de se adaptar às mudanças físicas e sociais, advindas desse processo, e os choques provocados pela interação com uma sociedade pouco tolerante, frente às características do envelhecimento. As crises emocionais vividas pelo idoso, são frutos de uma estreita relação entre as cobranças sociais e uma dificuldade na capacidade de respondê-las, gerando ansiedades e angústias. O equilíbrio psicológico é, portanto, consequência de um repertório de recursos psico-emocionais, desenvolvido ao longo da vida, o qual permite ao idoso desempenhar, satisfatoriamente, sua capacidade de adaptação às mudanças e a um funcionamento cerebral condizente com uma vida de relação.

À luz desse contexto, refere Duarte (1998), que envelhecer, de forma saudável, significa, fundamentalmente, que, além da manutenção de um estado físico adequado, as pessoas precisam de reconhecimento, respeito e segurança. Mais do que isso, precisam se sentir participantes de sua comunidade, podendo apresentar sua experiência e seu interesse pelas coisas que as cercam.

Quanto ao aspecto social, Assis (1998) enfatiza que a visibilidade social das questões do envelhecimento é um convite à reflexão, por parte daqueles que desenvolvem atividades com os idosos, para que possam reverter atitudes que reproduzem estigmas e desenvolver um olhar holístico, com base em experiências vivenciadas, relações sociais, gostos, habilidades e interesses.

O envelhecimento, como fato biológico, não pode ser contido. Contudo, é possível amenizar as manifestações patológicas do processo. Para tanto, os idosos não

podem mais continuar sendo excluídos do meio social que os ignora, e não lhes oferece oportunidades de participação (Salgado, 1998).

Ainda no que concerne à questão social, Berquó (1999) reflete que o cenário que aguarda os que entrarão em idades avançadas no século XXI, deverá englobar políticas sociais que dêem ao idoso subsídios para desfrutar de uma vida com dignidade. Mas, acima de tudo, este cenário deverá estar contemplado por sentimentos de solidariedade, com envolvimento de familiares e da sociedade, como um todo.

Alguns autores são concordes em revelar que a velhice poderá ser uma fase satisfatória, sem decrepitudes e doenças graves, bastando, para isso, o desenvolvimento de ações de caráter mais preventivo e menos curativo. Em que pese o fato, os profissionais de saúde, imbuídos de uma visão imediatista, geralmente deixam de se gratificar, plenamente, com efeitos a longo prazo. Parece-nos, pois, que tais efeitos demonstram resquícios de uma prática alicerçada no modelo farmacológico. Tendo em vista essa análise, consideramos imprescindível a atuação da enfermeira, no referido contexto, até porque, no desempenho de suas atividades de cuidado, poderá contribuir para um envelhecimento satisfatório. Além da atuação deste profissional, enfatizamos também o trabalho em equipe com outros profissionais, para que juntos possam atender, de forma satisfatória, às necessidades dos idosos, refletindo, portanto, em uma equipe multidisciplinar, com um maior poder de atuação.

Nessa mesma linha de raciocínio, considera Duarte (1998), que as tendências apontadas para o aumento da população idosa servem de alerta aos enfermeiros na geração de serviços, com vistas à prestação de uma assistência de enfermagem de qualidade, livre de riscos.

Tendo em vista o reconhecimento da atuação da enfermeira, destacamos a consulta de enfermagem gerontológica como um meio viável para efetivação da assistência configurada pelo autor supracitado.

No que diz respeito à atuação da enfermeira, junto ao idoso, relata Diogo (1996), que esta deve estar centrada, principalmente, na educação para a saúde; no cuidar e no auxílio para o retorno da capacidade funcional do idoso, para realização de suas atividades, com o propósito de atender às suas necessidades básicas e alcançar sua independência e bem-estar.

2.2 Envelhecimento e as Alterações Cardiovasculares

Em 1930, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 11,8% do total de óbitos ocorridos nas capitais brasileiras, percentual esse que aumentou para 30%, em 1980. Em 1988, em todo Brasil, excluídas as causas mal definidas, as doenças referidas foram responsáveis por 34% de todos os óbitos registrados (Brasil, 1993).

Trazendo essa realidade para a população geriátrica, estudos epidemiológicos demonstram uma incidência cada vez maior de doenças cardiovasculares, sendo, portanto, responsáveis por um grande número de mortes entre os idosos. Dentre estas, destaca-se a angina, infarto do miocárdio e hipertensão. Além das doenças cardiovasculares já citadas, pode-se observar também doença vascular periférica, aterosclerose e arteriosclerose.

Nos últimos 20 anos, numerosas pesquisas têm sido direcionadas à prevenção e ao tratamento das doenças cardiovasculares. Mesmo diante do crescente índice de morbi- mortalidade das doenças cardiovasculares, em idosos, poucos estudos foram realizados com essa população (Armaganijan et al., 1996).

Reverter esse quadro, é uma necessidade inadiável e implica em mudança do modelo de assistência à saúde, que prioriza, muitas vezes, a reabilitação de uma situação patológica específica, com todas as complicações que poderão acompanhá-la, se não for adequadamente controlada.

Nesse aspecto, afirma Assis (1998), que as más condições de saúde dos idosos, observadas, com freqüência, em nosso meio, espelham, por sua vez, os problemas gerais da população e as dificuldades de acesso a uma assistência condizente com as reais necessidades. Habitualmente, observa-se uma quantidade significativa de idosos com incapacidades ou graves prejuízos funcionais, passíveis de prevenção e/ou reabilitação, vítimas do descaso no investimento em saúde pública no país.

A magnitude do ônus financeiro, representado pelas internações, por diversas doenças, dentre as quais as cardiovasculares, pode ser visualizada, com freqüência. Diante dessa realidade, questionamos o motivo pelo qual não há um maior investimento no setor preventivo, uma vez que a população geriátrica está mais exposta ao risco de morbidade e mortalidade cardiovascular.

As doenças cardiovasculares representam uma das principais causas de mortalidade no Brasil, sendo também o conjunto de doenças que provoca maior gasto

em assistência médica. Apesar disso, ainda não foram inseridas, adequadamente, na agenda das atividades da saúde pública brasileira (Lotufo, 1996).

O processo de envelhecimento, diga-se de passagem, altera todas as estruturas orgânicas. Contudo, existem diferenças individuais e do meio ambiente, tornando alguns indivíduos mais propensos a comprometimentos em determinados órgãos e sistemas. Dentre as estruturas orgânicas, sem dúvida alguma o sistema circulatório e, mais especificamente, o coração, é freqüentemente afetado, sendo as alterações geralmente proporcionais à idade do indivíduo (Carvalho Filho & Paschoal, 1996).

O idoso é mais suscetível aos problemas vasculares, se comparado à população, em geral. Com o envelhecimento, as fibras elásticas que compõem a parede dos vasos, vão, paulatinamente, sendo substituídas por fibras colágenas, mais rígidas, e, assim os vasos perdem sua elasticidade. Inúmeros fatores podem agredir a parede dos vasos, facilitando a formação de placas, chamadas de ateromas, que podem, gradualmente, obstruí-los (Leme, 1998).

Outras alterações comuns do envelhecimento, como redução da atividade da renina plasmática e da sensibilidade dos barorreceptores e dos receptores beta-adrenérgicos, também repercutem sobre a fisiologia cardiovascular e merecem atenção no tratamento anti-hipertensivo, pois propiciam menor capacidade de adaptação. Além disso, o fluxo sanguíneo para o coração, cérebro e rins, pode estar diminuído por processos, como o aterosclerótico (Wajngarten & Serro-Azul, 1997). Com o aumento da idade, ocorre uma elevação gradual da rigidez do sistema arterial, provocando maior resistência ao fluxo sanguíneo e, conseqüentemente, uma elevação da pressão arterial.

Tendo em vista a predisposição mais acentuada do idoso aos problemas vasculares, é necessário enfatizarmos a relevância da prevenção de fatores de agressão, também chamados fatores de risco arterial, indicados por Leme (1998), como a seguir se descreve.

A **Hipertensão arterial** é, provavelmente, o fator de risco mais importante, tendo relação direta com a incidência de infarto do miocárdio, isquemias cerebrais e aneurismas. O desgaste da parte interna dos vasos, submetidos, cronicamente, a pressões maiores do que as normais, facilita o surgimento de placas ateromatosas.

O **tabagismo** também faz parte dos mais importantes fatores de risco, sendo responsável por um grande número de infartos do miocárdio. Algumas das substâncias inaladas no cigarro têm a capacidade de alterar a agregação plaquetária, facilitando a formação de placas, em regiões dos vasos já fragilizadas por alterações de sua camada interna.

O **sedentarismo** é outro fator de risco circulatório conhecido, sendo evidente que entre as pessoas que praticam exercícios regulares, há menor incidência de problemas vasculares. Nesses casos, o organismo treinado mantém os vasos naturalmente mais dilatados. Além disso, o coração passa a ser menos exigido pelos músculos treinados.

O **estresse** que ocorre nas situações de ansiedade, provoca liberação de substâncias, principalmente a adrenalina, que fazem com que os vasos se fechem, induzindo ou piorando a dificuldade de circulação sanguínea. Nem todos os tipos de estresse, contudo, têm igual potencial de agressão arterial. Pesquisas, no entanto, apontam para relação intrínseca entre o tipo de estresse e sua duração, sendo os

principais os estresses prolongados, principalmente o familiar, o profissional e o financeiro.

As **alterações das gorduras sangüíneas** estão diretamente relacionadas a uma maior formação de placas na parte interna dos vasos, facilitando, desse modo, a obstrução arterial.

A **obesidade** deixa os indivíduos mais sujeitos às alterações da pressão arterial, das gorduras sangüíneas e das taxas de glicose; a par disso, apresentam menor facilidade para exercícios físicos periódicos. A soma de todos esses fatores, contribui, possivelmente, para aumentar a incidência de problemas vasculares e não apenas a obesidade em si.

Frente às alterações cardiovasculares e fatores de risco associados, julgamos, da maior relevância, a atuação da enfermeira junto ao indivíduo com idade mais avançada, principalmente no que se refere às orientações relativas às medidas higieno-dietéticas. Dessa maneira, o profissional estará auxiliando o idoso a manter um estilo de vida mais saudável, concorrendo, assim, para a construção de um envelhecimento mais satisfatório e produtivo.

2.3 Aspectos Gerais da Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial, considerada uma entidade de múltiplos fatores etiológicos, é definida como síndrome caracterizada pela presença de níveis pressóricos elevados, associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos, tais como, hipertrofias cardíaca e vascular. Apresenta uma alta prevalência em

nosso meio, ou seja, estima-se que cerca de 15% a 20% da população brasileira adulta possa ser rotulada como hipertensa (Consenso, 1998).

Em aproximadamente 90% dos casos, a hipertensão é do tipo primária, cuja etiologia é desconhecida. Os outros 10% correspondem à hipertensão secundária, sendo conseqüência de alguma doença de base. Se não detectada, precocemente, poderá ocasionar uma série de distúrbios, levando a lesões de órgãos vitais, como coração, cérebro e rins. Associada a outros fatores de risco, aos quais está exposta a população adulta, a HA está diretamente relacionada a cerca de 2/3 dos óbitos causados por doenças do aparelho circulatório, doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares (Brasil, 1993).

Hodiernamente, a hipertensão arterial se destaca como um grande problema de saúde pública no Brasil, seja pela sua alta prevalência, seja pela sua detecção, quase sempre tardia. O controle da doença é algo um tanto quanto complexo, em função de sua magnitude e por representar um desafio ao sistema de saúde vigente, ainda muito enraizado no modelo curativo (Moreira, 1999).

Outro aspecto importante a ser considerado na HAS, é o seu caráter "silencioso". Nesse sentido, esclarece Vieira (1996), que cerca da metade dos que sofrem deste mal, desconhece o fato, principalmente porque a hipertensão pode evoluir por mais de vinte anos, sem apresentar sintomas, dos quais, os mais comuns são as dores de cabeça, o sangramento nasal, o cansaço, a tonteira e a pressão no peito.

Vale ressaltar, também, e, com maior enfoque, fatores que contribuem para alterar os níveis pressóricos, dentre os quais podemos citar: os genéticos e os ambientais.

Tratando-se da variável *Idade*, vários trabalhos consideram-na um fator de risco importante, em termos de contribuição para o desenvolvimento da HA, em virtude das mudanças, citadas anteriormente, na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos, como resultado do processo de envelhecimento (Pessuto & Carvalho, 1998).

Quanto ao *sexo*, estudos revelam que a hipertensão é mais freqüente no homem, até os 45 anos e, a partir daí, a incidência é maior no sexo feminino, provavelmente pelo fato das mulheres possuírem um fator de proteção para eventos cardiovasculares, antes da menopausa. Após este período, índices maiores poderão ocorrer (Brasil, 1993; Consenso, 1998).

No que tange ao fator *racial*, a prevalência da hipertensão é mais elevada na população negra, tendo também uma gravidade maior, principalmente quanto à incidência de hipertensão arterial maligna, acidente vascular encefálico e insuficiência renal crônica (Consenso, 1998).

Dentre os fatores ambientais que colaboram para aumentar os níveis de pressão arterial, podemos destacar o *cloreto de sódio*, que há muito tempo vem sendo considerado um importante fator no desenvolvimento e na intensidade da HAS. Atualmente, a literatura mundial é praticamente unânime em enfatizar a relação intrínseca existente entre a ingestão excessiva de sal e a elevação dos níveis pressóricos. No âmbito populacional, a ingestão de sal parece ser um dos fatores que justificam a elevação progressiva da PA, que acontece com o envelhecimento. Dessa maneira, a restrição de sal (100 mEq/dia- 6 g de sal= 1 colher de chá) na dieta, deve ser uma conduta geral, não se restringindo apenas aos portadores de HAS (Consenso, 1998).

Outro fator constantemente associado à hipertensão é o consumo exagerado de *álcool*. Assim sendo, enfatiza Luna (1989) que o mecanismo da elevação da pressão arterial pelo etanol é incerto e sujeito a muitos argumentos; uma hipótese levantada é de que a hipertensão seja causada, por estranho que pareça, pela síndrome de abstinência alcoólica. Essa hipótese parte do princípio de que a pressão arterial se eleva, por algumas horas, quando se retira o álcool de um cliente dependente; haveria um estado de abstinência intermitente, explicando constantes elevações agudas, que resultariam em uma elevação crônica. Considerando a explicação de que a tensão emocional, resultaria em elevações agudas da pressão arterial, levanta-se a hipótese de que poderia predispor o indivíduo a ambas as coisas: à hipertensão e ao consumo exagerado de álcool. O terceiro mecanismo sugerido, tem sido o papel das catecolaminas, elevando a pressão arterial quando há um consumo exagerado de álcool; a ingestão da bebida causa uma elevação dos níveis de adrenalina plasmática em normotensos, podendo a repetição da ativação desse sistema adrenérgico produzir discretos aumentos da adrenalina plasmática, com conseqüente elevação crônica da pressão arterial.

Em relação ao tabagismo, Pessuto & Carvalho (1998) alertam que o consumo de **nicotina** é um fator prejudicial ao organismo, por promover a liberação de catecolaminas, responsáveis pelo aumento da frequência cardíaca, pressão arterial e resistência periférica. A par disso, aumenta, também, a capacidade orgânica em formar coágulos e diminui sua função de destruí-los. Há redução de O₂ nos glóbulos vermelhos, em cerca de 15 a 20%, pois o monóxido de carbono que resulta da queima

do fumo e do papel, se liga à hemoglobina. Este último, lesa ainda a parede interna dos vasos, favorecendo o depósito de gorduras.

Existem evidências de que a elevação dos *lipídios* é um fator importante na alta prevalência da hipertensão, principalmente pela presença de colesterol em excesso (>200 mg/dl), que poderá obstruir artérias, evoluindo para um infarto (Ribeiro, 1996).

O *sedentarismo* constitui, por sua vez, outro fator a ser considerado. Nessa perspectiva, o exercício físico regular reduz a PA, além de produzir benefícios adicionais, tais como a redução do peso corporal e ação coadjuvante no tratamento das dislipidemias, da resistência à insulina, do abandono ao tabagismo e do controle do estresse. Sua contribuição se amplia na redução do risco de indivíduos normotensos virem a desenvolver hipertensão (Consenso, 1998).

No que tange à *tensão emocional*, menciona Luna (1989), que esta é, provavelmente, um fator ambiental que interage com o fator genético, para causar hipertensão. O estresse, portanto, aumenta, a secreção de catecolaminas que, por sua vez, aumentam os níveis de pressão arterial, a frequência cardíaca, os lipídios séricos e a agregação plaquetária (Brasil, 1993). Além disso, Debert-Ribeiro (1996) fazendo uma correlação entre hipertensão e o trabalho, diz que alguns elos biológicos que podem justificar o aumento de doença cardiovascular incluem aumento de adrenalina, noradrenalina e 11-hidroxisteróides. Esses dados foram observados em trabalhadores da linha de montagem, sugerindo que as condições de trabalho possam gerar influência nas funções simpatoadrenomedular e adrenocortical.

Coloca ainda Luna (1989), que a *cafeína*, associada a um dos inibidores da monoaminoxidase, drogas que permitem grandes quantidades de catecolaminas

(adrenalina e noradrenalina) nas terminações nervosas, favorece o aumento dos níveis de pressão arterial.

As questões abordadas, até o momento, levam a uma reflexão sobre a importância do seguimento adequado da terapêutica da hipertensão arterial. Nesse sentido, tratar e até mesmo prevenir a hipertensão arterial, contempla, fundamentalmente, orientações para que ocorram mudanças dos hábitos de vida, tanto no que concerne à terapêutica não farmacológica, quanto à terapêutica farmacológica. A concretização dessas mudanças é lenta e, na maioria das vezes, penosa, e por serem medidas educativas, necessitam de continuidade em sua implementação (Consenso, 1998).

Adverte Moreira (1999) que, melhorar a adesão ao tratamento da hipertensão, nem sempre é tarefa fácil, constituindo, portanto, um grande desafio para os que compõem o sistema de saúde. Além do tratamento medicamentoso, medidas não-farmacológicas devem ser instituídas para o controle da hipertensão arterial (HA). Tais medidas precisam ocorrer para diminuir os níveis pressóricos do cliente, reduzindo a necessidade de drogas anti-hipertensivas, amenizando os fatores de risco, podendo diminuir a incidência dessa doença na população, com reflexo direto no processo preventivo.

Dessa maneira, observamos a complexidade da terapêutica da HA, necessitando de uma maior harmonia para atingir o efeito esperado. A harmonia de que se trata, engloba, muitas vezes, uma associação entre o tratamento medicamentoso e a mudança no estilo de vida, bem como a necessidade de conscientização, por parte do cliente, acerca da necessidade de seguir, adequadamente, a proposta de tratamento

estabelecida. Cumpre ressaltar, mais uma vez, que nem sempre a adesão ao tratamento é alcançada, criando-se uma situação extremamente preocupante, no que tange à possibilidade de aumento do risco de morbi-mortalidade cardiovascular.

O Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1998) faz algumas considerações sobre a terapêutica da HAS, dentre as quais merecem registro:

- ⇒ o tratamento não medicamentoso tem, como principal objetivo, diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares, através de modificações do estilo de vida. Além da redução dos níveis pressóricos, tais condutas apresentam um baixo custo e risco mínimo, favorecem o controle de outros fatores de risco, aumentam a eficácia do tratamento medicamentoso e reduzem o risco cardiovascular;
- ⇒ o tratamento medicamentoso visa à redução dos níveis de pressão para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e a 90 mmHg de pressão diastólica, levando em conta as características individuais, a morbidade e a qualidade de vida dos clientes. Os medicamentos preferenciais para o controle da pressão arterial, em monoterapia inicial, são diuréticos, betabloqueadores, antagonistas dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina e antagonistas do receptor da angiotensina II.

Diante das considerações feitas até o momento, observamos a importância capital do problema da hipertensão, uma vez que envolve um complexo de fatores genéticos e ambientais. Destacamos que a situação da população idosa é ainda mais grave, uma vez que a prevalência da doença é de aproximadamente 50%. Frente a essa realidade, repetimos, consideramos de extrema relevância a atuação da enfermeira, junto ao idoso, no que concerne à manutenção da pressão arterial em níveis adequados e

esclarecimento sobre os fatores de risco associados, amenizando possíveis complicações, dentre as quais o AVC, a insuficiência coronariana, a insuficiência renal, bem como fenômenos ateroscleróticos.

No estudo do envelhecimento, nem sempre é fácil distinguir a diferença entre senescência e senilidade, ou melhor, separar o que é envelhecimento normal do que é patológico. Desse modo, algumas condições que eram próprias do envelhecimento, como o aumento da pressão arterial, principalmente a sistólica, são atualmente reconhecidas como doenças causadoras de importantes problemas de saúde (Leme, 1998). Embora os idosos estejam mais suscetíveis ao aumento da pressão, valores de pressão sistólica acima de 140mmHg e/ou diastólica acima de 90 mmHg não devem ser considerados fisiológicos. Entre os idosos, a hipertensão sistólica isolada, é a mais prevalente e parece ter interligação maior com as alterações cardiovasculares, que a hipertensão arterial diastólica ou sistólica e diastólica (Consenso, 1998).

Frente a esse arrazoado de informações, a importância de programas preventivos específicos para doenças cardiovasculares na terceira idade é um imperativo, com destaque para hipertensão arterial que, por se tratar de uma doença crônica, conhecida como “matadora silenciosa”, tem o poder de produzir malefícios e/ou seqüelas irreversíveis, se não detectada precocemente.

Atualmente, são enfatizadas as atividades de proteção à saúde, tais como a prevenção de doenças e problemas que contribuam para debilitar as condições de vida a longo prazo, o mesmo ocorrendo em relação à promoção da saúde, com efeitos de limitar o desenvolvimento de doenças crônicas e minimizar a perda das funções relacionadas com a idade (Duarte, 1998). Cabe enfatizar, no entanto, que mudanças no

estilo de vida e prolongamento do tratamento da hipertensão arterial, por vezes não são bem aceitos pelos idosos, causando constrangimentos e até recusa, traduzida em não adesão à terapêutica recomendada. Essa constatação torna, imprescindível, o desenvolvimento de estratégias para o controle do problema e conscientização da responsabilidade do cidadão na prevenção da doença e a importância de seu tratamento.

3 REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO

3.1 Justificando a Escolha da Teoria de Adaptação

O ser humano está em constante processo de transformação e de desenvolvimento, durante toda a sua vida, isto é, evolui de maneira contínua, o que é motivado pelas mudanças dinâmicas que se reproduzem naturalmente, ou por reação às diferentes situações (Berger, 1995b).

Assim sendo, o espaço em que se insere o idoso portador de hipertensão arterial, está em contínua transformação. Sabemos, porém, que quando um cliente idoso é submetido ao tratamento da hipertensão arterial, estímulos ambientais externos significativos agem sobre ele, produzindo uma situação que poderá gerar respostas de caráter adaptativo ou ineficaz. Se o comportamento for ineficaz, provavelmente não irá contribuir para manter a integridade da pessoa, em termos de metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e controle, de acordo com o modelo teórico em estudo. Todas essas dimensões refletem, de forma negativa, no processo de adesão à terapêutica.

Nesse contexto, lembra Moreira (1999), que, muitas vezes, o cliente está fazendo um tratamento que não escolheu, que lhe foi imposto e, às vezes, não condizente com sua realidade, dificultando, assim, o processo de adesão.

No nosso modo de entender, é de extrema importância a atuação da enfermeira, junto ao idoso portador de hipertensão, com a aplicação do referencial teórico de Roy (Roy & Andrews, 1999). Dessa forma, estará auxiliando o idoso a se adaptar às mudanças decorrentes da doença e da terapêutica, procurando, assim, garantir uma

melhor qualidade de vida, elemento fundamental para um envelhecimento bem sucedido.

Nessa mesma linha de raciocínio, Galbreath (2000) considera que o objetivo da enfermeira, que trabalha segundo este modelo teórico, é promover a saúde da pessoa, promovendo respostas adaptativas.

Diante de tais explicações, constatamos que o modelo de adaptação proposto por Roy, poderá proporcionar, com maior coerência e objetividade, uma base para o estabelecimento de meios mais diretivos na abordagem ao idoso portador de hipertensão arterial.

3.2 Aspectos Teóricos e Conceituais da Teoria de Adaptação

Sister Callista Roy iniciou seu trabalho sobre o modelo de enfermagem, ainda no período de graduação, estudando com Dorothy E. Johnson, de 1963 a 1966, na Universidade de Califórnia, Los Angeles, tendo sua primeira publicação ocorrido em 1970. Ainda nesse ano, o modelo teórico foi implementado como base no currículo de bacharelado em Mount St. Mary's College em Los Angeles. Durante as décadas seguintes, mais de 1500 estudantes em Mount St. Mary's College, ajudaram a clarear, refinar e desenvolver os conceitos básicos do Modelo de Adaptação de Roy para a enfermagem (Roy & Andrews, 1999).

O modelo referencial de Roy (Roy & Andrews, 1999), definido como fundamento para o presente estudo, é composto por quatro elementos principais: a **pessoa**, o **ambiente**, a **saúde** e a **meta de enfermagem**.

A pessoa que recebe o cuidado de enfermagem é referida como um indivíduo, uma família, um grupo ou uma comunidade. A pessoa é descrita como um sistema adaptativo e holístico. O termo adaptativo é empregado pelo fato das pessoas terem a capacidade de se ajustar às mudanças do meio ambiente, mantendo, assim, a integridade; o termo holístico tem o seu emprego, em razão do sistema funcionar como um todo e representar muito mais que a soma de suas partes (Roy & Andrews, 1999).

A teórica menciona, ainda, que a visão da pessoa, como um sistema adaptativo, possui quatro elementos: o *input*, que são os estímulos; os controles, que são os mecanismos de enfrentamento; o *output*, que são as respostas e o *feedback* ou retroalimentação.

Input ou estímulos, são definidos como aqueles que provocam uma resposta e podem se originar do ambiente interno ou externo. Certos eventos podem constituir estímulos internos específicos, como o nível de adaptação (Roy & Andrews, 1999).

Sobre o nível de adaptação, tem-se a dizer que ele representa a condição dos processos de vida e afeta a habilidade do sistema humano de responder, positivamente, a determinada situação. De acordo com Roy & Andrews (1999), existem três níveis de adaptação: integrado, compensatório e comprometido.

O modelo em estudo, descreve três classes de estímulos: focais, contextuais e residuais. Os estímulos internos ou externos, que confrontam imediatamente a pessoa, constituem os **estímulos focais**. Os **estímulos contextuais**, são todos os outros estímulos presentes na situação e que contribuem para o efeito do estímulo focal. E, por fim, os **residuais**, são estímulos presentes ou não na pessoa, relevantes à situação, mas cujos efeitos são indefinidos.

Os estímulos referidos anteriormente, ativam mecanismos de enfrentamento (controle), definidos como mecanismos inatos ou adquiridos, para responder às mudanças do ambiente. Os mecanismos de enfrentamento inatos, são geneticamente determinados, sendo geralmente vistos como processos automáticos, com respostas automáticas, inconscientes e inatas. Já os mecanismos de enfrentamento adquiridos são desenvolvidos mediante estratégias, como a aprendizagem, sendo a resposta deliberada, consciente e adquirida.

Tais mecanismos irão desencadear respostas (*output*), classificadas em *adaptativas* e *ineficazes*. As respostas denominadas de adaptativas são todas aquelas que promovem a integridade da pessoa, em termos de metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e controle; respostas ineficazes, são as que interrompem ou não contribuem para essa integridade.

Em consideração ao indivíduo, como um sistema adaptativo, o modelo de Roy categoriza os mecanismos de enfrentamento em *inato* e *adquirido*, dentro de dois subsistemas maiores: o *regulador* e o *cognoscente*.

O Subsistema Regulador recebe estímulos provenientes do meio interno da pessoa, processando respostas, automaticamente, através dos sistemas químico, neuronal e endócrino.

O Subsistema Cognoscente recebe estímulos, tanto do ambiente interno quanto do externo, respondendo aos mesmos através de quatro canais cognitivos- emocionais: *perceptual/ processamento de informações*, representando a atividade de atenção seletiva, codificação e memória; *a aprendizagem*, envolvendo processos de imitação,

reforço e "insight"; o *juízo*, voltado para solucionar problemas e tomar decisões; e *emoção*, através do qual a pessoa busca alívio da ansiedade e afeto.

O modelo teórico é formado por quatro fatores, ou modos adaptativos: *fisiológico*, *autoconceito*, *desempenho de papéis* e *interdependência* (Roy & Andrews, 1999).

1. *Modo Fisiológico*: é o modo como a pessoa responde, como um ser físico, aos incentivos ambientais. Esse modo envolve cinco necessidades básicas de integridade fisiológica (oxigenação, nutrição, eliminação, atividade/ repouso e proteção) e quatro processos complexos, a saber: sensitivo, líquidos/ eletrólitos, função neurológica e função endócrina.
2. *Modo de Autoconceito*: enfoca aspectos psicológicos e espirituais da pessoa. É a reunião de crenças, valores e sentimentos que a pessoa tem de si mesma, em determinado momento. Compreende duas sub-áreas: o self-físico (abrangendo a sensação e auto-imagem corporal) e o self-pessoal (englobando o self-consistência, o self-ideal e o self-ético-moral-espiritual).
3. *Modo Desempenho de Papéis*: focaliza aspectos sociais relacionados aos papéis que a pessoa ocupa na sociedade.
4. *Modo de Interdependência*: aborda interações relacionadas a dar e receber afeto, respeito e valor. A necessidade básica desse modo é a afetiva, ou seja, o sentimento de segurança que permeia as relações.

Considerando os demais elementos da teoria, seguem-se as principais concepções estabelecidas por Roy (Roy & Andrews, 1999).

O ambiente é definido como todas as condições, circunstâncias e influências que circundam e afetam o desenvolvimento e o comportamento de pessoas e grupos. Roy define a saúde como um estado e um processo de ser e de tornar-se uma pessoa total e integrada. A integridade da pessoa é expressada como a capacidade de preencher as metas de sobrevivência, crescimento, reprodução e controle. A meta de enfermagem é, por fim, definida por Roy como a promoção de respostas adaptativas em relação aos quatro modos adaptativos, contribuindo para a saúde, qualidade de vida ou morte com dignidade.

Seguiremos com uma descrição resumida do processo de enfermagem, segundo Roy (Roy & Andrews, 1999), que é composto por seis etapas: **avaliação de comportamentos**, consistindo na reunião de dados sobre o comportamento do sistema adaptativo humano e o corrente estado de adaptação; **avaliação de estímulos**, identificação de estímulos internos e externos que influenciam os comportamentos; **diagnóstico**, formulação de classificações que interpretam os dados; **estabelecimento de metas**, envolvendo a declaração de resultados comportamentais do cuidado de enfermagem que irão promover o processo adaptativo; **intervenção**, descrita como a seleção de ações de enfermagem para promover adaptação, mudando os estímulos ou fortalecendo o processo adaptativo; e, finalmente, a **evolução**, que constitui o julgamento da eficácia da intervenção de enfermagem, em relação ao comportamento do sistema humano.

No presente estudo, propusemo-nos a trabalhar, de forma direta, apenas com as duas etapas iniciais do processo de enfermagem.

3.3 Tipo de Estudo

O Estudo foi do tipo descritivo. Este, por sua vez, expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno; pode, também, estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza; não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação (Vergara, 1998).

Nesse estudo, descrevemos os comportamentos dos idosos, diante do quadro de hipertensão arterial e da instalação da terapêutica. Esperamos, assim, estar contribuindo para melhoria da qualidade de vida desta população, bem como oferecendo subsídios à enfermagem na prestação de cuidados.

3.4 População

No que tange ao *locus*, que serviu de cenário à realização da pesquisa, destacamos o “Grupo Vida”, projeto de extensão vinculado ao Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), uma unidade da Universidade Federal do Ceará, localizada em zona periférica de Fortaleza. O referido grupo é composto, basicamente, por pessoas da terceira idade, sendo, por isso, selecionado como população para o estudo em apreço.

Por oportuno, colocamos em evidência que, apesar do Grupo Vida incluir, aproximadamente, 50 pessoas, com características específicas relativas ao ciclo vital da terceira idade, optamos por trabalhar com os idosos que tivessem prontuários cadastrados no CEDEFAM, na Unidade do Cuidado de Enfermagem, contemplando um

número aproximado de 30 indivíduos, dos quais 23 estavam inseridos na faixa etária de 60 anos ou mais, condição essencial para a composição da população.

Desse modo, a população do estudo foi composta por onze idosos, com 60 anos ou mais, integrantes do Grupo Vida, com diagnóstico de hipertensão arterial, em acompanhamento terapêutico por um período mínimo de seis meses.

A idade de 60 anos foi determinada, levando em consideração os parâmetros da Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Desse modo, Lessa (1998) fazendo menção à OPAS relata que a terceira idade, nos países do primeiro mundo, inicia-se aos 65 anos, porém para os países ditos "em desenvolvimento", o marco inicial da terceira idade é aos 60 anos, pela menor expectativa de vida dos seus cidadãos quando comparados aos dos países desenvolvidos.

Cumprir observar, que foram excluídos os idosos com outras doenças crônicas degenerativas, já que a existência concomitante de outras doenças crônicas poderia ter influência direta sobre a identificação de comportamentos e estímulos. Consideramos, também, na seleção da população, o estado de consciência, orientação, fala e audição preservadas, assim como o consentimento voluntário para participar do estudo.

É importante a observação de que o número de idosos que compuseram a população, foi determinado em função dos critérios estabelecidos, não havendo preocupação com a quantidade.

Nessa perspectiva, Cabral & Tyrrell (1998, p.20) referem que, em estudos qualitativos, não é necessário preocupar-se tanto com critérios numéricos, mas sim com a qualidade do informante e da informação obtida.

3.5 Caracterização do Grupo Vida

O Grupo Vida (GV) teve início em maio de 1997, como consequência de uma necessidade comunitária, tendo como objetivos principais: desenvolver a auto-estima dos idosos e reforçar a dignidade; promover a reativação de suas capacidades e reintegração à família; e ainda, habilitar os idosos, no que se refere à realização de práticas afirmativas de vida (Almeida et al., 1998).

Apesar de ser um grupo voltado para a terceira idade, a cada dia ocorre a inserção de pessoas com menos de 60 anos, preocupadas em aproveitar o processo de envelhecimento, da melhor maneira possível.

O grupo é referido pelos integrantes como "um pedacinho do céu", uma fonte de alegria e energia, um lugar que permite a troca de experiências, sem qualquer tipo de discriminação ou rejeição. Além de tudo isso, o grupo tem permitido que os idosos formem uma "corrente" para ajudar aqueles que estão passando por algum tipo de dificuldade, relacionada, principalmente, ao estado de saúde. O espírito de solidariedade é uma marca registrada do Grupo Vida.

O GV é coordenado por enfermeiras, que são docentes do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Conta, também, com a atuação de discentes da graduação e pós-graduação, envolvidos com a proposta de trabalhar o indivíduo como um ser holístico, considerando suas dimensões bio-psico-cultural e espiritual.

Tendo em vista o contexto globalizado de assistência, o grupo desenvolve encontros semanais, com atividades de educação em saúde, recreativas, sociais e religiosas,

buscando a maior autonomia e autoconfiança dos idosos, na tentativa de promover uma adaptação bem sucedida e um envelhecimento feliz.

As discussões, durante os encontros, giram em torno das dificuldades inerentes à longevidade, abrindo espaço para a construção de mecanismos de enfrentamento por parte dos idosos.

3.6 Instrumento e Procedimentos para Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada junto ao cliente, em seu domicílio, no período de março a junho de 2000. Utilizamos um roteiro de entrevista, baseado no modelo de Roy (Christensen, 1995), englobando, portanto, os modos fisiológico, autoconceito, desempenho de papéis e interdependência.

O roteiro de entrevista (Anexo A) está dividido em três partes: a primeira, para registro de dados sócio-demográficos, tais como idade, sexo, cor, estado civil, escolaridade, renda familiar, religião, ocupação, procedência e tempo de tratamento; a segunda, contemplando perguntas inerentes aos quatro modos adaptativos de Roy; e a última, utilizada para as observações complementares, julgadas pertinentes.

Antes da coleta de dados, fizemos uma leitura atenta dos prontuários dos idosos cadastrados no CEDEFAM, Unidade do Cuidado de Enfermagem, considerando os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, para compor a população.

Após a leitura dos prontuários, tivemos um contato prévio com os idosos, no ambiente domiciliar, informando-os a respeito dos objetivos do estudo, com coleta dos

dados sócio-demográficos e agendamento das entrevistas. Finda essa etapa, partimos para a coleta de outras informações.

Em consideração às técnicas de coleta de dados, achamos adequado utilizar a entrevista. Na concepção proposta por Cruz Neto (2000), a entrevista é um dos procedimentos mais utilizados no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informações contidas nas falas dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

Dentre os tipos de entrevista, optamos pela **entrevista focalizada** que, na concepção de Souza (1998), é constituída e desenvolvida de acordo com os temas a serem tratados, selecionados previamente. Mesmo utilizando-se de um guia de entrevista, contendo a seleção, a definição e a formulação dos temas a serem pesquisados, o entrevistador permite que o entrevistado, dentro de hipóteses, descreva a sua experiência pessoal, a respeito do assunto investigado. O entrevistador tem a liberdade de sondar razões e motivos, além de esclarecer algumas questões, sem uma formalização prévia, encaminhando a entrevista na direção que considera adequada.

As entrevistas foram gravadas em fitas cassetes, mediante autorização dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Segundo Lüdke & André (1986), a gravação tem a vantagem de registrar todas as expressões verbais, imediatamente, permitindo que o entrevistador fique disponível para prestar toda a sua atenção ao entrevistado.

Cumprido ser dito, também, que no transcorrer de todo o processo de coleta de dados utilizamos a observação livre, na tentativa de preenchermos lacunas e como forma de

validar os dados. Sendo assim, observamos alterações verbais e não-verbais, reações mais freqüentes durante a entrevista, condições ambientais e pessoas que estiveram presentes no momento da entrevista.

No que se refere à observação livre, Triviños (1987) retrata que a mesma satisfaz as necessidades principais da pesquisa qualitativa, como, por exemplo, a relevância do sujeito, neste caso, da prática manifesta do mesmo e ausência total ou parcial, de estabelecimento de pré-categorias para compreender o fenômeno que se observa. A caracterização será um processo que se realizará posteriormente no processo de análise do material coletado.

Procuramos conduzir a entrevista de maneira descontraída e natural, usando estratégias que incentivassem a fala fluente. Apesar de se tratar de uma entrevista focalizada, procuramos manter o assunto em pauta, evitando, ao máximo, interromper o entrevistado.

Para minimizar eventuais esquecimentos de gestos, percepção de atitudes, expressões não-verbais, silêncios e risos, registramos, imediatamente, as observações em um diário de campo. Sobre o diário de campo, Cruz Neto (2000, p.63) revela que é um instrumento que pode ser utilizado em qualquer momento do trabalho que está sendo realizado. Nele, o entrevistador pode registrar percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas, através da utilização de outras técnicas.

Acreditamos que a nossa participação no GV, partilhando de muitas experiências, provavelmente facilitou a etapa de levantamento de dados, necessária ao estudo.

Após cada entrevista, foi feita a escuta exaustiva das falas gravadas, com vistas ao processamento da transcrição.

Procuramos garantir a confiabilidade das informações, mantendo fidelidade no registro dos dados coletados, respeitando crenças, valores éticos, morais e religiosos dos informantes envolvidos na pesquisa. Para isso, procuramos transcrever, na íntegra, as entrevistas gravadas. Cabral & Tyrrell (1998, p. 29) refletem que, para a consecução de um estudo científico, é indispensável estar-se atento à qualidade dos depoentes, à fidedignidade dos dados coletados e ao respeito dos valores éticos, morais e religiosos dos sujeitos envolvidos no processo de construção do conhecimento.

3.7 Organização e Análise dos Dados

Organizamos os dados, de acordo com a análise estrutural (Rifiotis, 1994). Nesta, é priorizado o lugar dos elementos e não o seu número. Não é mais a classificação dos signos ou das significações que se procura. Busca-se descobrir o arranjo dos diferentes itens, para encontrar as constantes significativas nas relações que organizam esses itens entre si. Não é mais aplicado o vocabulário léxico ou repertório semântico ou temático da mensagem, mas os sistemas subjacentes aos sistemas de relações que estruturam os elementos (signos ou significados), de maneira invariante ou independente destes elementos. O método foi iniciado por C. Lévi-Strauss e procura revelar as relações ilegíveis ou diluídas de uma ordem escondida. Os

elementos que a compõem devem ser abstraídos, a partir do modelo operatório construído pelo analista, segundo Rodrigues & Leopardi (1999).

Para analisar os dados, utilizamos as seis fases de análise estrutural preconizadas e descritas por Rifiotis (1994).

1. Identificação das seqüências narrativas. Para o autor, são as primeiras a serem identificadas, e são marcadas por mudanças nos quadros situacionais. Para a aplicabilidade dessa fase, consideramos necessária a realização de uma leitura flutuante dos discursos dos idosos, para, a seguir identificarmos “as seqüências narrativas” .

2. Descrição dos elementos estruturais. Identificação e descrição dos *elementos estruturais*: funções cardinais e funções de catálise. As *funções cardinais* contribuem para o avanço do processo narrativo, ao passo que as de catálise agem retardando a narração (Rifiotis, 1994). Após a identificação das seqüências narrativas, fizemos uma leitura mais apurada das entrevistas e, a partir daí, identificamos os elementos estruturais, destacando pontos de semelhança para a elaboração das categorias teóricas, previamente estabelecidas, em função do modelo de Roy. Sendo assim, tivemos como categorias teóricas, os quatro modos adaptativos: fisiológico, autoconceito, desempenho de papéis e interdependência. Além disso, por considerarmos de extrema importância para a descrição do processo adaptativo dos idosos, estabelecemos uma categoria denominada "Mecanismos de Enfrentamento".

Gomes (2000) menciona que as categorias podem ser estabelecidas na fase exploratória da pesquisa (antes do trabalho de campo), ou a partir da coleta de dados. As categorias estabelecidas, antes do trabalho de campo, são conceitos mais gerais e

mais abstratos, requerendo uma fundamentação teórica sólida, por parte daquele que está pesquisando. Já as que são formuladas, a partir da coleta de dados, são mais específicas e mais concretas. De acordo com o seu ponto de vista, as categorias a serem investigadas deveriam ser definidas pelo pesquisador, antes do trabalho de campo. Após a coleta de dados, ele deveria reformulá-las, visando à classificação dos dados encontrados em seu trabalho de campo.

3. Colocar em seqüência as funções cardinais e em paralelo às de catálise.

Para Rifiotis (1994), as funções cardinais são aquelas que marcam o avanço da narrativa, e caracterizam momentos diferentes, enquanto que as de catálise servem para caracterizar cada um dos momentos da seqüência narrativa. Nesta etapa, separamos as funções cardinais das de catálise, e fizemos uma leitura condensada das mesmas. A partir da leitura, consideramos as funções cardinais e descartamos as funções de catálise. A colocação, em seqüência, das funções cardinais facilita a análise estrutural, organizando a narrativa.

4. Identificação dos elementos do nível integrativo. Conforme descrito por Rifiotis (1994), procuramos identificar, nos discursos, os *indícios* (elementos que sugerem elementos implícitos) e os *informantes* (as referências espaço-temporais da narrativa que lhe conferem autenticidade).

5. Identificação dos investimentos semânticos. Esta etapa é considerada, pelo autor, como a primeira de um momento superior ao da descrição, compreendida pela organização interna dos níveis e funções. Trata-se de uma espécie de re-leitura condensada. Neste momento, fizemos a organização do texto, mostrando uma re-leitura

condensada com o uso das funções cardinais, ou melhor, a partir das funções cardinais, elaboramos um texto sobre o conteúdo elaborado.

6. Confronto entre o quadro inicial e final. Para Rifiotis (1994) consiste no estudo das estruturas identificadas pela sua transformação, sendo que a situação final não é mais do que o final da narração, marcando o ponto de chegada do discurso. Nesta fase, comparamos o quadro inicial (o texto original) e o quadro final (a re-leitura condensada), e retiramos dali o discurso que serviu de base para a nossa reflexão teórica. A partir daí, agrupamos os discursos de acordo com os modos adaptativos do referencial teórico e mecanismos de enfrentamento (categorias teóricas). Uma vez agrupadas as categorias, realizamos uma nova leitura dos depoimentos, na tentativa de confirmar se os discursos dos idosos estavam inseridos na categoria adequada. Em seguida, elaboramos categorias empíricas, emergidas das categorias teóricas.

Finda a etapa de organização dos depoimentos, partimos para o processo de análise, compreendendo, explicando e interpretando os discursos, à luz do referencial teórico escolhido, bem como utilizando literatura pertinente ao tema.

Antes da análise do processo adaptativo dos idosos, descrevemos o contexto geral, no qual estão inseridos (abordagem dos aspectos sócio-demográficos). Em seguida, situamos cada idoso, no seu contexto individual.

Lembramos aqui que as informações obtidas, neste estudo, referem-se apenas a um grupo específico de idosos, inseridos em um determinado contexto histórico. Desse modo, não temos intenção de generalizar a realidade descrita.

condensada com o uso das funções cardinais, ou melhor, a partir das funções cardinais, elaboramos um texto sobre o conteúdo elaborado.

6. Confronto entre o quadro inicial e final. Para Rifiotis (1994) consiste no estudo das estruturas identificadas pela sua transformação, sendo que a situação final não é mais do que o final da narração, marcando o ponto de chegada do discurso. Nesta fase, comparamos o quadro inicial (o texto original) e o quadro final (a re-leitura condensada), e retiramos dali o discurso que serviu de base para a nossa reflexão teórica. A partir daí, agrupamos os discursos de acordo com os modos adaptativos do referencial teórico e mecanismos de enfrentamento (categorias teóricas). Uma vez agrupadas as categorias, realizamos uma nova leitura dos depoimentos, na tentativa de confirmar se os discursos dos idosos estavam inseridos na categoria adequada. Em seguida, elaboramos categorias empíricas, emergidas das categorias teóricas.

Finda a etapa de organização dos depoimentos, partimos para o processo de análise, compreendendo, explicando e interpretando os discursos, à luz do referencial teórico escolhido, bem como utilizando literatura pertinente ao tema.

Antes da análise do processo adaptativo dos idosos, descrevemos o contexto geral, no qual estão inseridos (abordagem dos aspectos sócio-demográficos). Em seguida, situamos cada idoso, no seu contexto individual.

Lembramos aqui que as informações obtidas, neste estudo, referem-se apenas a um grupo específico de idosos, inseridos em um determinado contexto histórico. Desse modo, não temos intenção de generalizar a realidade descrita.

Neste sentido, lembrando Cabral & Tyrrell (1998), ressaltamos que nos preocupamos menos a generalização e mais a abrangência e profundidade da realidade estudada. Não descartamos, entretanto, a possibilidade da generalização naturalística.

3.8 Aspectos Éticos da Pesquisa

Atendendo às exigências formais contidas na Resolução 196/96, sobre pesquisas que envolvem seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (Brasil, 1996), submetemos o projeto de pesquisa à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (COMEPE). O procedimento representou a formalização da entrada no local de investigação, ficando a aprovação atrelada à concordância do aludido comitê (Anexo B).

Finda essa etapa, entramos em contato com a coordenadora do Grupo Vida, solicitando autorização para a realização da pesquisa (Anexo C).

A partir daí, os sujeitos da pesquisa foram contactados para apresentação do projeto e esclarecimento acerca dos objetivos, sendo-lhes assegurado anonimato diante dos achados, bem como flexibilidade de se retirarem a qualquer momento da pesquisa. Os idosos tomaram conhecimento do termo de concordância (Anexo D) e, só após a sua aceitação, iniciamos a coleta de dados.

Nesse aspecto, Polit & Hungler (1995) alertam que o consentimento autorizado permite aos sujeitos informações a respeito da pesquisa a ser realizada, bem como o

poder de livre escolha, o que os capacita a consentir, voluntariamente, em participar da pesquisa, ou negar sua participação.

Para a organização dos discursos os idosos receberam nomes fictícios, resguardando, assim, o sigilo de suas identidades.

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS ACHADOS

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS ACHADOS

4.1 Contexto Geral

Os idosos que participaram do estudo, residem em zona periférica de Fortaleza, nas adjacências do Centro de Desenvolvimento Familiar. De forma geral, apresentaram baixos níveis sócio-econômico e escolar.

O grupo estudado pertence à faixa etária de 60 a 84 anos, sendo composto por dez mulheres e um homem. Esses dados, relativos à idade, confirmam um risco aumentado para morbi-mortalidade cardiovascular, principalmente pelo fato dos idosos já serem portadores de hipertensão arterial.

Quanto ao nível de escolaridade, sete referiram ter cursado as séries iniciais do primário (atual ensino fundamental) e quatro são analfabetos. No que se refere ao estado civil, tivemos quatro idosos viúvos, quatro casados, dois separados e um solteiro. A viuvez foi relatada como algo negativo, causadora de sentimentos de medo, ansiedade e solidão. A ausência do companheiro (a) favorece o estabelecimento de um sentimento de insegurança constante.

Em relação à viuvez, Almeida et al. (2000) mencionam que a perda do cônjuge aparece como um fator negativo na vida do idoso. Tal perda contribui para o aumento da tensão emocional e reflete a falta de cumplicidade com alguém escolhido para consigo compartilhar a trajetória de vida.

A aposentadoria, referida por sete idosos, também foi vista como algo causador de conflitos, principalmente pelo fato de não suprir, adequadamente, as reais necessidades, tais como: alimentação, saúde, moradia e lazer. Além disso, muitas

vezes, a aposentadoria serve de suporte para complementar a renda familiar. A este respeito, Grinberg & Grinberg (1999) refletem que, no Brasil, a aposentadoria da terceira idade, embora existente, é insuficiente para atender aos idosos, como merecem.

Houve uma predominância da religião católica, em relação às demais religiões. Alguns idosos referiram, com grande alegria e satisfação, participar das atividades desenvolvidas na igreja. Devido às limitações decorrentes do processo de envelhecimento e/ou da hipertensão arterial, essa prática encontra-se um pouco prejudicada.

O tempo de tratamento da hipertensão arterial, variou de um a 15 anos. O enfoque maior da terapêutica, de acordo com os relatos, está relacionado muito mais ao aspecto biomédico (medicamentoso). Neste sentido, Trentini et al. (1990) refletem que a avaliação da saúde em condições crônicas, não deve se basear somente em medidas biomédicas, mas também em critérios referentes à dimensão psicossocial dos indivíduos. Para tanto, faz-se necessário conhecer melhor esta dimensão e, mais especificamente, as implicações para os indivíduos que se depararam com mudanças no seu estilo de vida, impostas pela condição crônica.

Em consonância com o ponto de vista das autoras, relatamos, que dentre os idosos estudados, alguns tiveram história anterior de infarto e acidente vascular cerebral, decorrentes da hipertensão arterial. Mesmo assim, a atenção dispensada a essa clientela no que se refere à mudança no estilo de vida, está deixando a desejar, criando-se uma situação que poderá aumentar o risco de complicações posteriores.

Seguiremos, agora, com a descrição do contexto individual de cada um dos idosos, os quais receberam nomes fictícios, para uma melhor preservação das suas identidades.

4.2 Contexto Individual

ABNARA

Abnara, católica, 3ª série, 81 anos, natural de Barroquinha (CE). Reside em Fortaleza há, aproximadamente, 30 anos.

Consciente, orientada, comunicativa, simpática e bastante receptiva à entrevista, que teve a duração de uma hora. No início, ficou um pouco constrangida com a presença do gravador, mas, no decorrer da entrevista, observamos um clima de satisfação, observado por meio da expressão fisionômica.

Separada há 30 anos, recebeu a notícia que o ex-esposo foi à óbito, no dia 10 de março do presente ano. Sobrevive com a renda de um salário mínimo, proveniente de sua aposentadoria. Mora com uma neta, que trabalha e passa o dia fora, não assumindo nenhuma responsabilidade financeira com a avó. Demonstrou bastante aflição ao falar de alguns vizinhos, que vivem “arrumando confusão”, em razão do envolvimento com drogas e álcool, deixando-a tensa e nervosa, interferindo, de forma direta, em seu padrão de sono.

A entrevistada relatou história anterior de Acidente Vascular Cerebral (AVC), aos 27 anos, no transcorrer do seu primeiro parto.

Descobriu ser hipertensa há, aproximadamente, cinco anos, tendo apenas dois anos de tratamento. Antes do início da terapêutica, buscava o controle dos níveis de pressão arterial através da utilização de chás.

Sofreu um novo AVC no dia 25 de junho de 1998, trazendo limitações à sua mobilidade física, devido à parestesia nos membros superior e inferior direito. Apesar da limitação física atual, sempre que pode, procura participar das atividades desenvolvidas na Igreja e no Grupo Vida. Às vezes, é preciso que alguém a conduza, fazendo-a experimentar constrangimentos, em alguns momentos. Além da hipertensão e do AVC, tem diagnóstico de reumatismo, que é controlado por meio de medicações específicas.

Atualmente, faz tratamento para hipertensão arterial em uma unidade de saúde, próxima à sua residência, recebendo medicações, a cada dois meses. Referiu que antes de ser acompanhada no posto, fazia tratamento em outro posto, abandonando-o por achar que o medicamento não estava servindo; não estava sentindo melhora. Informou estar conseguindo seguir a terapêutica estabelecida de forma adequada, dando mais ênfase à sua capacidade de tomar as medicações, sem esquecê-las ou misturá-las. De acordo com a perspectiva da senhora em estudo, pouca importância tem sido dada às medidas não farmacológicas, pelo médico que a acompanha, havendo, portanto, apenas o cuidado de restringir a ingesta de sal e gordura.

BEATRIZ

Beatriz, 73 anos, 2ª série, evangélica. É procedente de Crateús (CE). Reside em Fortaleza há, aproximadamente, 71 anos. É uma senhora bastante acolhedora, mostrando encanto com os seus lindos olhos azuis. No momento inicial da entrevista,

mostrou-se um pouco apreensiva, pois estava esperando uma ligação da filha, para que fosse cuidar da neta. A partir daí, a entrevista aconteceu de forma harmônica, com uma duração média de 30 minutos, havendo uma interação constante entre a entrevistada e entrevistadora.

Foi casada por duas vezes, sendo que o primeiro esposo faleceu há muito tempo e o segundo, há menos de um mês. Referiu sentir muita falta do último companheiro, do qual estava separada há mais de dois anos (por opção dele).

Gosta muito de conversar, de ir ao culto e de participar das reuniões do grupo de convivência. Mas, agora, não o faz com muita frequência, porque a filha não acha conveniente, fica preocupada. Às vezes, não se sente bem de estar em casa, gostaria de voltar a trabalhar. É aposentada, tendo uma renda mensal de um salário mínimo.

Atualmente, mora com uma filha, duas netas e três bisnetos. Antes, morava de aluguel, fase da vida que considerou mais tranqüila, pois não tinha que conviver com as “danações” dos netos e bisnetos. É mãe de nove filhos, sendo que apenas três estão vivos. Relatou muito sofrimento com a doença (câncer) e morte de uma filha, em 1998, ficando a guarda da neta sob sua responsabilidade.

Apesar desse fato, a neta não se encontra mais em sua companhia, visto que uma das filhas da entrevistada resolveu cuidar da criança, na tentativa de “poupar” a mãe, que já está velha e não tem condições físicas e mentais para acompanhar o ritmo frenético da menina (cinco anos).

Há mais ou menos dois anos, sofreu uma trombose, justo no período em que a filha faleceu, tendo sido tratada em casa, com a utilização de aguardente alemã e leite de gergelim. A partir daí, descobriu ser hipertensa e iniciou o tratamento em um posto

de saúde, próximo à sua residência. Costuma seguir, adequadamente, a terapêutica estabelecida, principalmente a medicamentosa (sic), fazendo uso, atualmente, de hidroclorotiazida- 50 mg, duas vezes ao dia. No que se refere à terapêutica não medicamentosa, costuma fazer restrições ao consumo de sal e gordura.

CLÉO

Cléo, 61 anos, católica, com escolaridade ao nível de 5ª série. Procedente de Pacatuba (CE), morando em Fortaleza há, aproximadamente, 42 anos. Durante a realização da entrevista (30 minutos), mostrou-se bastante receptiva, acolhedora, disposta a participar. Um clima de empatia foi estabelecido.

É viúva há três anos. Sente-se muito só, uma vez que seus oito filhos são casados. Apesar de receber visitas dos filhos, genros e noras e de ter uma amiga (considerada como uma verdadeira filha) morando com ela, a solidão permanece. A amiga trabalha, passando o dia todo fora. Sobrevive com a sua aposentadoria e a pensão do marido, perfazendo uma renda mensal em torno de R\$ 600,00.

Referiu gostar de muita alegria. Gosta de sair, de ir à missa, de visitar os familiares, os amigos e de ir ao seu sítio, em Pavuna. Às vezes, quando está no sítio, sente muita tristeza, chega a chorar, pois o mesmo traz muitas recordações de seu esposo. Relatou boa relação com os filhos, genros, noras e netos. Tem um grande sentimento por seus 18 netinhos. Contudo, não gostaria de criar nenhum, pois são muito "danados". Só o faria em caso de morte do pai ou da mãe.

A descoberta da hipertensão ocorreu há, aproximadamente, cinco anos, coincidindo com o tempo de tratamento. Atualmente, faz acompanhamento a cada três

meses na Associação dos Merceeiros. Referiu dieta hipossódica, pobre em gordura. Faz uso de chá de alho, chá de colônia e água de chuchu, como ação complementar para o controle dos níveis de pressão arterial.

DARA

Dara, 74 anos, casada, analfabeta, católica. Procedente do Rio Grande do Norte, reside em Fortaleza desde 1964. É conhecida, na comunidade, como "Vózinha", devido à sua atuação como rezadeira, desde os 35 anos de idade. É bastante popular, sendo procurada pela comunidade, como um todo. Demonstrou muito amor por aquilo que faz, exercendo a função de rezadeira com dedicação e responsabilidade. A entrevista ocorreu em clima de harmonia e satisfação, com duração média de 30 minutos. Buscamos desenvolvê-la no último cômodo da casa, devido às interferências do meio externo: música e barulho de carro, proporcionando, assim, uma melhor acomodação. Percebemos que em alguns momentos, a entrevistada diminuiu o tom da voz, evitando, desse modo, que o esposo escutasse alguns trechos de sua fala. Além disso, em alguns trechos de seu discurso demonstrou expressão fisionômica de tristeza e desânimo, ao lembrar de um filho falecido.

Mora com o esposo, com a filha (adotiva) e com um sobrinho. Sua renda mensal corresponde a dois salários mínimos, sendo um proveniente da aposentadoria do esposo e o outro de uma pensão deixada pelo filho falecido.

Costuma ir à missa, às novenas. Faz parte da Comunidade Caminho do Senhor há mais de dez anos.

Descobriu ser portadora de hipertensão arterial há, aproximadamente, dois anos, iniciando o tratamento há um ano. Relatou que está sendo acompanhada, mensalmente, em um Centro Comunitário, próximo à sua residência.

A senhora Dara nos revelou ter abandonado a terapêutica medicamentosa uma vez, justificando que os medicamentos causavam mal estar no estômago, bem como interferiam em seu padrão de sono (não dormia bem). A partir daí, passou a tomar suco de maracujá, chá de laranja, de colônia, de alho e de alfavaca, acreditando que essas medidas poderiam controlar os níveis de pressão arterial. No entanto, não o fizeram, deixando-a muito apreensiva. Sentia muita cefaléia, tinha muito medo de sofrer um derrame. Desse modo, resolveu aderir à terapêutica estabelecida.

Além de tomar os medicamentos, diariamente, referiu ingestão diminuída de sal e gordura. Costuma também evitar ter raiva e medo, pois o médico que a acompanha relatou ser esse um ótimo método auxiliar para o controle dos níveis pressóricos.

EUCLÉIA

Eucléia, 60 anos, separada, 2ª série, católica. Natural de Baturité (CE), tem residência em Fortaleza, há 30 anos.

A entrevista foi realizada no ambiente domiciliar, sem maiores interferências. A senhora Eucléia estava sozinha, havendo, portanto, predomínio do silêncio. A única interrupção foi devida ao toque do telefone, que foi atendido imediatamente pela entrevistada. A partir desse momento, a entrevista foi desenvolvida em um clima de satisfação. Finda essa etapa, a senhora mostrou-nos fotos de sua família e pertences (peças de crochê, elaboradas por ela), pelos quais demonstra um grande apreço. Foi

bastante gentil e receptiva à nossa visita, convidando-nos a fazer um lanche em sua companhia.

Referiu ter sofrido muito durante o casamento, principalmente pelas grosserias e boemia do esposo, do qual está separada há, aproximadamente, seis meses. Apesar de todo sofrimento, sempre foi uma mulher muito batalhadora, ou seja, “de tudo fez um pouco”, para complementar a renda da família. Seu último empreendimento foi uma lanchonete, que resolveu fechar devido às preocupações que a mesma lhe causava. Dentro deste contexto de luta, conseguiu construir sua própria casa e financiou as despesas iniciais de um dos filhos, que foi morar no Rio de Janeiro, por ter sido aprovado em um concurso para oficial da marinha. A senhora Eucléia fala do filho com muito orgulho, apesar de sofrer muito com sua ausência. Na parede da sala, expõe, com satisfação, um quadro pintado do filho, com a farda da marinha.

É uma senhora bastante simpática. Gosta de sair, de ir à missa e de participar das reuniões do Grupo Vida. Este grupo, por sua vez, tem trazido grande satisfação e animação à sua vida. Outra coisa que lhe dá muito prazer é a reunião familiar. Dos doze filhos que teve, oito estão vivos. Destes, seis moram em Fortaleza e dois no Rio de Janeiro. Possui, ainda, doze netos. Fala dos netos, demonstrando muita alegria e emoção: “meus netos, são meus filhos!”. Nas horas vagas, costuma fazer crochê, sendo esse o seu *hobby* predileto. Além disso, sempre que pode, costuma visitar os filhos que moram no Rio de Janeiro. Está até programando viajar nos próximos meses para reencontrá-los.

Mora com um filho solteiro (30 anos); contudo, está sempre recebendo visita dos filhos e netos. Recebe uma renda mensal de, aproximadamente, um salário mínimo, enviado por um de seus filhos que mora no Rio de Janeiro.

A descoberta da hipertensão arterial ocorreu há cinco anos, coincidindo com o tempo de tratamento. Referiu história anterior de dois infartos, sendo que o último teve uma gravidade maior, tendo como resultado a realização de cateterismo, com conseqüente cirurgia cardíaca (ponte de safena).

A partir da cirurgia, sentiu que sua vida melhorou. Atualmente, está sendo acompanhada no Hospital de Messejana, referência para doenças cardiovasculares e pulmonares, localizado na cidade de Fortaleza.

Procura seguir a terapêutica à risca, principalmente a medicamentosa. Contudo, relatou que uma vez, por experiência e por dificuldades financeiras, parou de tomar a medicação durante uma semana, tendo como conseqüência uma piora no quadro de hipertensão (“Comecei a passar mal”). A partir daí, procurou ter mais cuidado.

No que se refere à mudança no estilo de vida, procura manter uma vida saudável, dando preferência a comidas com pouco sal e pouca gordura. Além disso, toma chá de beringela, por acreditar ser importante no controle dos níveis de pressão arterial. Costuma fazer caminhadas diariamente, apesar de estar há mais de dois meses sem fazê-las, atribuindo a responsabilidade ao fator tempo.

FERNANDA

Fernanda, 60 anos, alfabetizada, católica, separada há oito anos, aposentada. Além da aposentadoria recebe ajuda financeira do marido. Procede do Município de Bela Cruz (CE), residindo em Fortaleza há mais de 20 anos.

A entrevista foi realizada no domicílio da informante, sem maiores transtornos ou inconvenientes. Fernanda se mostrou bastante receptiva e durante a entrevista, observamos naturalidade e entusiasmo, com a presença de risos em determinados trechos de sua fala.

Referiu ter nove filhos vivos e dez netos. Atualmente, mora com dois filhos solteiros (uma filha e um filho), sendo que o filho é causador de grandes transtornos e preocupações à sua vida, uma vez que se trata de um alcoólatra. Relatou que o comportamento do filho, quando alcoolizado, deixa-a muito nervosa, interferindo, diretamente, nos níveis de sua pressão arterial.

A senhora Fernanda expressou ter bom relacionamento com os vizinhos. Costuma ir à missa aos domingos. Além disso, quando tem tempo, gosta de participar das reuniões no Grupo de Auto-ajuda para Idosos (Grupo Vida). Contudo, nem sempre isso é possível, já que toda "luta de casa" fica sob sua responsabilidade. Acrescido a esse fato, referiu que, muitas vezes, tem que ficar em casa, cuidando dos netos que moram no andar superior de sua casa. Cumpre ressaltar, também, a sua atuação como vendedora de produtos de beleza, ou de cosmética de uma determinada marca, requerendo tempo e disposição para vendas, entregas e cobranças.

Apresentou queixas freqüentes de irritabilidade, ondas de calor e cefaléia, associando-as à menopausa.

O diagnóstico da hipertensão arterial foi feito há, aproximadamente, cinco anos, correspondendo ao período de tratamento. Faz acompanhamento mensal em um Centro Comunitário, próximo à sua residência. Referiu nunca ter abandonado a terapêutica, havendo apenas trocado de posto de saúde, devido à conveniência de localização. Está fazendo uso de hidroclorotiazida (diurix)-50 mg, um comprimido pela manhã. Contudo, às vezes não o faz todos os dias, principalmente pelo inconveniente do aumento da frequência urinária.

Apesar de demonstrar um cuidado evidente com a dieta, o seguimento terapêutico é mais voltado para a ingestão dos medicamentos. Anteriormente, tomava chá de colônia como método complementar. No momento atual, já não o faz.

GABRIEL

Gabriel, 80 anos, casado, analfabeto, católico. É procedente de Amontada (CE), residindo em Fortaleza desde 1964.

A entrevista foi realizada no ambiente domiciliar (área) e teve uma duração média de 40 minutos. No momento inicial da interação, tivemos algumas interferências externas: pessoas conversando simultaneamente (filhos e netos), barulho de carro e televisão, dispersando um pouco a atenção do entrevistado. Com a suspensão dos estímulos, o informante passou a se concentrar melhor e a entrevista transcorreu em clima satisfatório. No final da conversa, o senhor Gabriel pediu que eu verificasse a sua pressão e a de seus filhos, afirmando ter muita preocupação com a situação de saúde dos mesmos, pelo fato de ser ele portador de hipertensão arterial (fator hereditário) Demonstrou receptividade à visita realizada, oferecendo-nos carinho e acolhida. Além

disso, as pessoas que estiveram presentes no decorrer do processo de entrevista também o fizeram.

No momento atual, mora com a esposa, com a qual é casado há mais de 50 anos, com um filho (separado), uma filha e um neto. A mãe deste trabalha e, muitas vezes, precisa deixar o filho sob o cuidado dos avós. A situação é referida pelo entrevistado como empecilho para sair de casa, seja só ou com a esposa. Sempre é preciso que um dos dois fique em casa, para cuidar da criança. Além disso, referiu que o neto é muito "danado". A responsabilidade é integral, tendo, muitas vezes, que alimentá-lo, banhá-lo, vesti-lo, levá-lo para a escola, dentre outras funções.

Apesar da limitação de tempo, sempre que possível gosta de ir à missa, de participar, junto com a esposa, dos encontros de casais da igreja e, também, das reuniões promovidas pelo Grupo Vida no Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM).

Sobrevive com uma renda mensal de dois salários mínimos, provenientes da sua aposentadoria e da aposentadoria da esposa.

Costuma receber visitas dos filhos e netos. Referiu muita tristeza em se afastar de um neto, que criou desde pequeno, mas que, ao completar 18 anos, resolveu morar com a mãe, situação essa que o deixou bastante chateado, uma vez que tem muito "apego" ao neto, que o chama de pai.

Aparentemente, é um senhor que gosta muito de fazer amizade e que adora crianças, sendo chamado de avô por muitas das que moram próximas à sua residência. O fato das crianças terem carinho e respeito por ele é traduzido como motivo de um grande orgulho. Sente-se muito feliz de acompanhar o crescimento dos "netinhos" que

viu nascer, e que, apesar de não terem nenhum laço de consangüinidade, já fazem parte de sua vida.

A descoberta da hipertensão arterial aconteceu há sete anos. Sentiu-se mal (vertigem) e foi levado, imediatamente, por uma de suas filhas à Santa Casa de Misericórdia, onde ficou internado por alguns dias. A partir daí, iniciou o tratamento, tendo passado por diversos hospitais e ambulatórios, ao longo da terapêutica. Atualmente, está sendo acompanhado em um hospital de referência para doenças cardiovasculares, localizado na cidade de Fortaleza.

No que concerne à terapêutica medicamentosa, procura segui-la adequadamente. Revelou que, às vezes, esquece de tomar os remédios, passando até três dias sem fazê-lo.

Considerando a terapêutica não medicamentosa, procura evitar a ingestão exagerada de sal e gordura, já que revelou algumas "idas" ao hospital por apresentar pico hipertensivo. Revelou ainda ser muito nervoso, preocupado com tudo e com todos. O fato, segundo o entrevistado, é causador de transtornos no padrão de sono, tendo como conseqüência a elevação dos níveis de sua pressão arterial.

HELEN

Helen, 84 anos, 2ª série, viúva, pensionista, católica. Natural do Rio Grande do Norte, mora em Fortaleza há mais ou menos 40 anos. É uma senhora bastante simpática e acolhedora.

A entrevista aconteceu no ambiente domiciliar, de forma bastante agradável, estando presentes, no momento, apenas a entrevistada e sua filha. A senhora Helen

demonstrou bastante interesse em participar da pesquisa, pedindo apenas que falássemos mais alto, devido à diminuição da sua acuidade auditiva. Durante todo o processo, que teve uma duração média de 30 minutos, observamos, facilmente (expressão fisionômica), o carinho e a atenção da idosa em, referência. Após a entrevista propriamente dita, permanecemos, a seu pedido, algumas horas no ambiente domiciliar, sendo esse espaço reservado para conversas informais.

Atualmente, mora com uma filha e com um genro. Relatou que a filha é um dos seus maiores tesouros, já que é uma pessoa muito dedicada e atenciosa, cuidando da mãe de forma integral (deixou de trabalhar para se dedicar melhor ao seu cuidado). Demonstrou preocupação com o alcoolismo do genro. Apesar disso, procura conviver com o problema, em função do amor que tem pela filha.

Tem oito filhos, 12 netos e três bisnetos. Referiu, com muita satisfação, que a casa vive cheia. Agradece a Deus a família que tem.

É uma pessoa que gosta de estar em família, de ir à missa e de participar das reuniões do Grupo de Idosos. Faz algum tempo que se afastou do grupo, devido ao seu estado de saúde. Além disso, a frequência à missa também diminuiu, pelo mesmo motivo. Demonstrou ter muita fé em Deus, tendo as orações um espaço reservado em sua vida.

Sofreu muito com o falecimento do esposo (há dez anos), coincidindo com o tempo de descoberta e tratamento da hipertensão arterial. Tem história anterior de trombose (dez anos) e infarto (cinco anos).

A filha referiu que a mãe tem o “colesterol ruim” alto e, também, osteoporose. Além disso, tem história pregressa de convulsão, estando, portanto, tomando medicação específica para cada situação.

Atualmente, está sendo acompanhada por um cardiologista, que suspendeu a medicação anti-hipertensiva, uma vez que estava apresentando episódios freqüentes de hipotensão. Para o controle dos níveis de pressão arterial, continua a seguir uma dieta hipossódica e hipocalórica. Além disso, costuma fazer uso do chá de colônia. Raramente comete abusos alimentares, dando preferências a alimentos leves e pastosos.

IVONE

Ivone, 75 anos, casada, analfabeta, católica. Procedente de Baturité (CE), reside em Fortaleza há 36 anos.

A entrevista teve uma duração média de 20 minutos. Dona Ivone mostrou ser uma pessoa um pouco introvertida, objetiva e de poucas palavras. Não houve, portanto, interferências maiores, no decorrer da entrevista.

Encontra-se distanciada do Grupo de Idosos, por sentir dificuldade de deambular. Sente muita dor nas pernas. Referiu muita tristeza, por ter-se afastado da igreja, em função de seu esposo e de sua casa. Às vezes, sente-se arrependida pelo pouco tempo que dedicou a Deus: “agora que eu poderia ir à igreja, não posso, com essa dor nas pernas”.

Demonstrou ser pouco ativa, vivenciando apenas o cotidiano das tarefas domésticas. Apesar de gostar dos vizinhos, não costuma freqüentar a casa de ninguém, nem mesmo dos filhos.

Costumava fazer caminhada, mas, atualmente, já não o faz mais, pois sente muita dor e não quer depender dos outros para levá-la.

Relatou já ter vivido muito. Tem muito medo de ficar dependendo dos outros, ou seja, largada em uma cama ou cadeira de rodas. Pede a Deus para que isso não aconteça. Refere ainda que, antes de morrer, quer se confessar, na tentativa de conseguir um bom lugar para descansar em paz.

Atualmente, residem na sua casa o esposo; uma filha com o marido e mais dois filhos; um filho adotivo e um neto de 28 anos. A renda familiar provém, basicamente, da aposentadoria do esposo, não sabendo informar o valor aproximado.

Demonstrou um certo conflito ao falar do casamento, principalmente pelas renúncias que teve que fazer: nunca trabalhou, vivendo apenas em função da casa e dos filhos; nunca teve tempo para nada; sempre fez o que o marido quis, dentre outras queixas.

Apesar de não sair, às vezes, costuma receber visitas e telefonemas dos filhos que residem em Fortaleza. Aqueles que moram fora, também costumam manter contato. Mas, referiu que este é reduzido, porque cada um tem que cuidar da sua própria família.

Descobriu ser portadora de hipertensão arterial há, aproximadamente, 12 anos, coincidindo com o tempo de tratamento. Atualmente, o acompanhamento terapêutico não é feito de forma tão sistemática, ou seja, é feito por meio de uma receita renovada

em um determinado período de tempo. Relatou, ainda, que há muito tempo não verifica a pressão arterial.

Às vezes, esquece de tomar a medicação prescrita. No que se refere à terapêutica não medicamentosa, procura segui-la na medida do possível, excedendo algumas vezes no consumo de sal. Muitas vezes, foi ao hospital por apresentar pico hipertensivo, não havendo relato de internação.

Referiu que aqueles que convivem com ela, têm cuidado com sua dieta, principalmente controlando a quantidade de cloreto de sódio ingerida.

JÉSSICA

Jéssica, 71 anos, casada, 4ª série, aposentada, católica. Natural de Aiuaba (CE), reside em Fortaleza há 22 anos.

O processo de entrevista aconteceu de forma harmoniosa, tendo como cenário o ambiente domiciliar da senhora em referência. Com uma duração média de 45 minutos, conseguimos estabelecer um bom grau de interação. Podemos relatar a presença de alguns netos, no início da entrevista. Essa presença foi responsável por algumas pausas, durante o seu discurso. Além disso, tivemos outras interferências, que foram facilmente contornadas, permitindo, assim, um melhor desenvolvimento do processo.

Relatou ter sofrido muito durante o casamento. Casou por sentir muito amor ao esposo. No entanto, com as farras do mesmo, o casamento está por um "fio". Apesar da convivência pacífica, o desprezo do esposo ainda é motivo de grande sofrimento. Além

disso, relatou também ter sofrido muito, por ter tido dois filhos com "problemas" não especificados.

Diz-se uma pessoa muito católica. Sente muita falta da vida ativa que levava, como legionária da igreja. Apesar de algumas limitações, gosta de ir à missa, de visitar os filhos, de visitar os irmãos e sobrinhos em Aiuaba e de participar das reuniões do Grupo Vida. Relatou ter-se afastado do grupo, por algum tempo, já que tinha que cuidar dos netos, para uma de suas filhas trabalhar. No entanto, a situação foi contornada, referindo que irá participar, novamente, das reuniões promovidas pelo grupo.

Expressou sentimentos de muito amor pelos filhos e netos. Costuma receber visita e atenção dos mesmos, situação essa que a deixa muito feliz.

Além da própria aposentadoria e da aposentadoria do esposo, a senhora Jéssica conta também com o apoio financeiro dos filhos. Desse modo, a filha que mora em Iguatu, paga o seu plano de saúde; e a que mora em São Paulo, envia uma renda mensal de R\$ 100,00.

Teve um pré-infarto em fevereiro de 2000, passando cinco dias internada na UTI. Descobriu ser portadora de hipertensão arterial há, aproximadamente, 15 anos, coincidindo com o tempo de tratamento. Inicialmente, era acompanhada em um hospital da rede pública de Fortaleza. Posteriormente, passou a ser acompanhada, a cada dois meses, em um hospital da rede privada.

Procura seguir, adequadamente, a terapêutica estabelecida. Costuma ter cuidado com a dieta, evitando a ingestão de sal, de gordura e de carne vermelha. Não referiu caminhada, nem outro tipo de atividade física sistemática. Gosta de tomar chá

de colônia, erva-doce e cidreira, considerando-os bons tranqüilizantes para o controle dos níveis de pressão arterial.

LEILA

Leila, 61 anos, solteira, analfabeta, aposentada, católica. Procedente de Juazeiro do Norte (CE), reside em Fortaleza há, aproximadamente, 25 anos.

A entrevista foi desenvolvida no contexto domiciliar. Apesar de morar sozinha, no transcorrer do processo ocorreram interrupções, refletindo em momentos de pausa no seu discurso. A presença momentânea de um dos netos que mora na circunvizinhança, foi responsável por essas interrupções. Apesar disso, tudo se normalizou. A senhora, em referência, foi bastante receptiva à entrevista, exceto no final do processo, quando se dispersou um pouco, ligando a televisão. Finda essa etapa, pediu para ouvir a gravação, ficando encantada com a potencialidade do pequeno gravador e da pequena fita, em gravar a sua voz.

Tem quatro filhos e 12 netos. Apesar disso, relatou ser uma pessoa muito sozinha. Os filhos moram perto de sua residência, mas refere que não se preocupam muito com ela. Já se acostumou com a situação, achando até bom morar só. Disse ter tido longos períodos de depressão, conseguindo superá-los.

Demonstrou muita felicidade por ter conseguido se aposentar, recentemente, sendo essa aposentadoria, de um salário mínimo, a fonte de sua sobrevivência.

Apesar de gostar dos vizinhos, não costuma sair muito. Prefere ficar na sua casa, no seu mundo, assistindo televisão. Dificilmente vai à missa, tendo, como

justificativa, uma forte dor nas pernas. Contudo, pretende voltar a freqüentar a igreja, logo que melhorar.

Recém-ingressa no Grupo de Idosos, relatou muita satisfação em participar das atividades lá desenvolvidas..

Referiu internamento na UTI há, aproximadamente, seis meses, provavelmente em decorrência de um ataque cardíaco. Não soube especificar o motivo da internação, ao certo. Sentia muito cansaço, com relato de melhora, associado ao fato, ter deixado de fumar há seis meses. Fumou desde muito cedo.

A descoberta da hipertensão arterial aconteceu há oito anos, iniciando o tratamento há, apenas, dois anos. Atualmente, está sendo acompanhada em um hospital de referência em doenças pulmonares e cardiovasculares. De acordo com os relatos, foi possível perceber um certo sedentarismo na sua vida. Além disso, referiu "comer de tudo", tendo apenas uma certa restrição quanto à ingesta de sal.

Procura levar uma vida tranqüila, sem maiores preocupações, na tentativa de ajudar a controlar os níveis de sua pressão arterial.

4.3 Processo Adaptativo

Sabemos que a adaptação é um processo contínuo, que acompanha o indivíduo desde a vida intra-útero até a morte, fazendo parte, portanto, de todo o ciclo vital. Desse modo, enfatizamos mais um vez a importância de uma adaptação eficaz na vida do idoso portador de hipertensão arterial, contribuindo para um envelhecer saudável e compensador. Diante de todo esse contexto, seguiremos com a análise a luz do referencial, destacando os quatro modos adaptativos (fisiológico, autoconceito,

desempenho de papéis e interdependência) e os principais mecanismos de enfrentamento elaborados pelos idosos.

4.3.1 Modo Fisiológico

A velhice é uma fase de adaptação a mudanças internas (em você mesmo) e externas (em seu meio social). É uma adequação a novas condições que podem ter diminuído sua qualidade de vida, com referência a alguns aspectos (Pereira & Vieira, 1996).

Nesse sentido, refletimos que o idoso, portador de hipertensão arterial, além de ter que se adequar às mudanças inerentes ao processo de envelhecimento, terá que se adaptar às mudanças relativas ao tratamento da doença, causadoras, muitas vezes, de insegurança, principalmente pela instabilidade física, emocional e social em que se encontra.

Os idosos, em referência, além das mudanças e limitações decorrentes do processo de envelhecimento, apresentaram alterações físicas significativas, inerentes à hipertensão arterial, tais como: dor, diminuição da sensibilidade, vertigem e cansaço. Ditas alterações poderão interferir, direta ou indiretamente, na capacidade de realização das atividades da vida diária.

Trentini et al. (1990) identificaram que a condição crônica de saúde traz experiência de perdas, em diversos segmentos, tais como nas relações sociais, perdas financeiras, perdas na capacidade física, perdas nas atividades de lazer, dentre outras.

A autonomia para desenvolver atividades instrumentais, como alimentar-se, cuidar da casa, preparar seus alimentos, fazer compras, subir escadas, pegar ônibus encontra-se prejudicada. Somando-se a essas limitações, observamos outras na área

afetiva, social e espiritual. As alterações físicas poderão até refletir de forma negativa na auto-imagem do idoso, tendo como consequência um possível isolamento social.

Cumprido relatar que boa parte dos idosos, em questão, deixaram de participar das reuniões promovidas pelo grupo de auto-ajuda (Grupo Vida), tendo como justificativa a limitação na capacidade física. O fato é referido com tristeza, uma vez que o grupo servia de apoio para um melhor enfrentamento da doença e tratamento. Além disso, as atividades físicas lá desenvolvidas são tidas como de fundamental importância, para diminuir as limitações decorrentes do envelhecimento e da doença. Dentro desse contexto, destacamos o discurso de **Ivone**:

"E o grupo de idosos eu deixei de ir, porque eu num posso ir lá andando, num consigo andar não..." (IVONE)

O discurso de **Ivone** vem revelar que a deficiência na capacidade músculo-esquelética, tem interferido, diretamente, na função atividade e repouso, uma das cinco necessidades básicas do modo fisiológico.

Roy & Andrews (1999) mencionam que a função de atividade e repouso deve englobar um balanço entre os períodos de atividade física e repouso, de modo a promover um funcionamento fisiológico adequado.

Os autores acrescentam que o movimento do corpo tem inúmeras finalidades, como, por exemplo, oferecer um certo fator de proteção contra determinadas situações que podem agredir o organismo. O repouso inclui a qualidade de relaxamento, contribuindo para libertar o organismo do desconforto físico e estresse psicológico.

É sabido, por todos, que a capacidade de adaptação do idoso poderá estar reduzida, principalmente em função das inúmeras perdas, decorrentes do processo de

envelhecimento, e agravada pelo acometimento de uma doença crônica, ao exemplo da HA, que exige um processo de adaptação contínuo.

Os idosos participantes do nosso estudo, demonstraram necessidade de enfrentar as dificuldades advindas da doença e tratamento, principalmente pelo medo de virem a se tornar pessoas fisicamente dependentes. Muitas foram as limitações físicas referidas, dentre as quais merece destaque a dor.

A dor passa a ser, para os idosos, uma realidade presente e desconfortável. Os discursos de **Abanara, Dara, Fernanda, e Jéssica** comprovam a assertiva:

"Era ruim, porque todo tempo com dor de cabeça, essa dor na nuca...doendo, mas é mais nessa parte...É da banda que é doente, né?..." (ABNARA)

"Senti melhora, porque acabou-se a dor de cabeça, era muito grande, atacava muito, mas melhorei muito. Peguei a dormir melhor e acabou-se aquele gosto como quem eu ia instilar sangue..." (DARA)

"...essa dor de cabeça é de muitos anos, que eu tô com ela. No dia que ela me ataca é uma dor de cabeça tão grande...dói o caroço dos meus olhos e os nervos do pescoço..." (FERNANDA)

"...eu comecei a sentir uma dor de cabeça horrível...Mas era uma dor de cabeça que a água escorria dos olhos...Uma vez eu fui até no balão pro Hospital..." (JÉSSICA)

A dor é um dos problemas que pode surgir na vida do idoso. Quando é leve e passa logo, tudo bem. Mas quando se torna crônica, de longa duração e teima em não passar, a pessoa fica deprimida. Perde noites mal dormidas e horas de trabalho (Grinberg & Grinberg, 1999).

De acordo com a fala de **Fernanda**, percebemos a dor como um estímulo focal, o qual está confrontando, imediatamente, a sua pessoa. No entanto, nos discursos de **Abanara, Dara e Jéssica**, a dor está funcionando como um estímulo contextual, decorrente da HA. Se não houver um enfrentamento adequado da dor, por parte daqueles que a sentem, poderá ocorrer limitações significantes, que funcionarão como estímulos residuais.

É individualizada a maneira como as pessoas enfrentam o problema da dor. Quando o cérebro está trabalhando, a dor tende a diminuir. Surgem várias substâncias naturais do corpo: as endorfinas, por exemplo, permitindo a pessoa lidar melhor com a dor (Grinberg & Grinberg, 1999).

Dentre os vários tipos de dor referenciadas, destacamos as cefaléias. Hart & Savage (2000) relatam que dores de cabeça e falta de ar aos esforços, são sintomas que ocorrem em pessoas que têm pressão arterial de aproximadamente 180/120 mmHg ou mais elevada que isso, com frequência maior do que ocorre em pessoas com pressão arterial normal. É claro que esses são sintomas comuns, mas, a tendência é que eles se façam rotineiros nos hipertensos e, de forma progressiva, à medida que a PA se eleva.

Cumpramos reconhecer que apesar de não ser um sintoma exclusivo da hipertensão arterial, cefaléias constantes merecem uma atenção especial, principalmente se considerarmos o grupo de idosos em estudo, que já possuem inúmeras complicações decorrentes da doença.

Além da dor, como algo que poderá levar à incapacitação no desenvolvimento de determinadas tarefas, antes realizadas pelos idosos, a sensação de perda ou

diminuição da sensibilidade, denominada "dormência" pelos idosos, foi referida como um fator capaz de trazer limitações ainda maiores, conforme as falas que se seguem:

"...Essa dormença tem hora que tá na mão, tem hora que tá mais ou menos e tem hora, tem hora que eu não posso ficar...ficar fechada..." (ABNARA)

"Foi assim inchando o rosto e as mão dormendo, aquela coisa ruim nas mão, que num segurava nada... todo tempo com as mão dormendo..." (BEATRIZ)

"Mas um dia eu saí pra caminhar, já tava em tratamento. Aí eu saí pra caminhar...cedinho, aí quando eu andei um quarteirão aí eu senti...comecei a sentir aquele mal-estar, aquele mal-estar, num senti dor. Só aquele mal-estar, aquele mal-estar e aquilo parece assim que ia me sufocando e assim meu braço adormecendo..." (EUCLÉIA)

"...Aí, o primeiro que eu sinto logo é o braço desse lado, assim querendo... como quem quer adormecer. No dia mesmo que eu tive a crise da pressão, o primeiro que apresentou foi ele: o braço..." (FERNANDA)

É perceptível que a diminuição da sensibilidade tem funcionado como estímulo residual para **Abnara, Beatriz e Eucléia**, considerando a história anterior de acidente vascular cerebral nas duas primeiras e de infarto, na última. Já no discurso da **Fernanda**, podemos considerar a dormência como um estímulo contextual. Observamos, com isso, uma limitação de movimentos, que vai sendo somada às alterações próprias da idade.

Desse modo, Pereira & Vieira (1996) afirmam que durante o processo de envelhecimento, ocorre uma diminuição da habilidade de movimentação, devido à atrofia muscular, à diminuição da velocidade na condução dos estímulos nervosos e à

rigidez nas articulações, podendo, além disso, haver novos comprometimentos, por conta de outras doenças ocorrentes nesse estágio da vida.

Percebemos que, a partir da hipertensão, muitas mudanças e limitações se fizeram presentes, exigindo do idoso um processo de adaptação constante.

Dentro desse contexto de mudanças, Pereira & Vieira (1996) refletem que as coisas se complicam, ainda mais, quando as mudanças são ameaçadoras, quando diminuem a qualidade de vida e a capacidade de realizações que antes eram feitas, com facilidade.

É notável que, apesar da diminuição da sensibilidade ser uma alteração física, há uma conotação bem mais ampla na vida do idoso, envolvendo outras esferas, além da biológica.

Martins et al. (1996) colocam que a vivência, com a doença crônica, compromete não apenas a esfera biológica; ela acaba interferindo no estilo de vida do indivíduo acometido, bem como do seu grupo familiar e social.

Somado às queixas de cefaléia e diminuição da sensibilidade, **Abnara** relatou um déficit de memória significativo, fazendo uma correlação direta com a hipertensão arterial:

"Assim...ah! Que eu tinha uma coisa aí...com pouco eu me esqueço. Tô esquecida, tô esquecida. Pois é...mudou assim, porque só deu no esquecimento...assim coisa de..." (ABNARA).

Guerreiro & Rodrigues (1999) consideram que o aumento crônico da pressão arterial leva, no decorrer dos anos, a um importante declínio da memória e da inteligência fluida. A hipertensão arterial não tratada, ou tratada de forma inadequada, compromete o aporte de oxigênio para o cérebro e provoca pequenas lesões,

freqüentemente não percebidas pelo indivíduo, sendo o declínio cognitivo resultante, confundido com as mudanças associadas ao envelhecimento. O acompanhamento dos níveis de pressão arterial, para o diagnóstico precoce da hipertensão arterial, e o tratamento ajustado a cada caso, são medidas importantes para uma boa performance cognitiva no envelhecimento.

O déficit de memória, relatado por **Abnara**, poderá trazer implicações diretas ou indiretas na sua função neurológica, um dos processos complexos do modo fisiológico.

A função neurológica engloba as funções de controle e coordenação de movimentos, consciência e processos cognitivo-emocionais (Roy & Andrews, 1999).

Os problemas comuns de adaptação que Roy & Andrews (1999) indicam, para este processo complexo, são: diminuição do nível de consciência; diminuição do processo cognitivo; déficit de memória; compensação ineficaz para déficit cognitivo; comportamento instável e risco para dano cerebral secundário.

Além da dor, diminuição da sensibilidade e declínio da memória, alguns idosos referiram vertigem e "cansaço". A vertigem foi mencionada por **Gabriel, Ivone e Jéssica**:

"Um dia eu estava sentado na calçada, senti tontura... atrás de cair..."(GABRIEL)

"...Eu só sinto mesmo assim tontice. Quando eu tô assim com a pressão alta, aí dá tontice, dá dor na nuca...E às vez eu vou lá (posto de saúde), eles tiram a pressão, tá alta...mais do que como que era pra tá..." (IVONE)

"...a minha cabeça tonta, a cabeça assim maior que o corpo, num podia me deitar na cama. Se eu deitasse na cama, a cama rodava. Era assim..." (JÉSSICA)

A vertigem é um sintoma bastante comprometedor para o idoso, causando-lhe sentimentos de instabilidade e insegurança.

O desconforto respiratório, foi referido por **Fernanda, Gabriel e Leila** como uma complicação decorrente do comprometimento cardiovascular, agindo quase sempre como um estímulo focal:

"...Eu tive agora uma crise como eu já falei desse problema que eu tava de cansaço, mas agora eu tô melhor graças a Deus. Eu tava tão doente assim de problema dum cansaço, que eu pensei que nunca mais no mundo eu ia ficar boa..." (FERNANDA)

"... Às vez aqui de noite, aí eu costumo perder o sono....Sinto assim uma espécie de moleção (moleza), um faltamento de ar...parece que quer faltar o fôlego..."(GABRIEL)

"...De noite, tem noite que eu tomo duas ou três vezes aerossol. Essa noite foi um dos dias que eu num tomei, graças a Deus...Só assim eu num posso andar pra longe que eu canso, é cansada. Num sinto dor de cabeça...Nada, nada, nada..." (LEILA)

O desconforto respiratório em pessoas portadoras de hipertensão arterial é, geralmente, resultado de excesso de peso. No entanto, se a pressão arterial aumentou sem controle ou inexplicavelmente começou a cair, sem qualquer alteração na medicação, a falta de ar pode ser um indicativo de insuficiência cardíaca em fase inicial (Hart & Savage, 2000).

Essa limitação é bastante maléfica para o idoso, prejudicando a sua interação com o meio, pois, muitas vezes, deixa de sair de casa por medo e insegurança. Nestes casos, a função de oxigenação encontra-se prejudicada.

Roy & Andrews (1999) relatam que a oxigenação refere-se ao processo pelo qual o suprimento de oxigênio é mantido no corpo. Mencionam, ainda, que os indicadores de

adaptação positiva deste componente, são: processo ventilatório estável; padrão de troca de gases estável; transporte de gases adequado e processo de compensação adequado.

Coincide com a terceira idade, o surgimento de vários tipos de perdas: separação dos filhos, pela saída de casa; perdas de entes queridos, por morte, viuvez ou separação do cônjuge; aposentadoria, quando, além do trabalho, se perde o convívio com os colegas. Como conseqüência, existe até mesmo a possibilidade da perda do cantinho na própria casa, forçada pelas contingências da vida. Somam-se a estas, as perdas relativas ao envelhecimento do corpo físico, o que torna o idoso mais vulnerável às doenças e limitações (Pereira & Vieira, 1996).

Com todas as mudanças que surgem no cotidiano do idoso decorrentes do processo de envelhecimento e/ou doença (HA), percebemos que o mesmo terá que se adaptar, constantemente, para manter a sua integridade.

Além disso, as mudanças físicas referidas anteriormente causaram em alguns idosos sentimentos de medo, relativos à iminência de morte:

"...eu pensava se der uma dor, um ataque, aí eu morro...E era mesmo, que eu ia era morrer desse jeito..." (ABNARA).

"... Meu braço sentindo assim que ia adormecendo, aquele mal-estar no braço. E eu fiquei muito, muito agoniada, vendo a hora que eu ia cair ali sozinha. Eu fiquei muito assim...pensei que ia morrer ali" (EUCLÉIA)

"... Aí o médico disse pra mim que eu tinha que viver tranqüila, num era pra mim fazer mais nada, viver assim que nem criança brincando, me divertindo, porque eu já tinha dado dois cardíacos. Aí nos três eu ia..."(LEILA)

Sabemos que o processo de envelhecimento está associado a uma maior suscetibilidade física e emocional. É certo que a expressão dessas suscetibilidades encontra-se na dependência da complexa interação de fatores físicos, psicológicos, sociais, econômicos e culturais, tornando o envelhecer, por um lado, um processo extremamente individualizado e, por outro, marcado pelos padrões socioculturais de uma época. Assim sendo, a maneira como o grupo social encara a velhice, a forma como interpreta os adoecimentos e como lida com a perspectiva da morte, interfere, sobremaneira, na vida de cada indivíduo (Guerreiro & Rodrigues, 1999).

Falaremos, a seguir, das complicações decorrentes da HA, encontradas em alguns idosos.

A hipertensão arterial é uma ameaça à vida. O portador tem vida mais curta que o normotenso, se não for adequadamente tratado. Apesar da doença em si não ser uma causa *mortis*, as conseqüências por ela induzidas levam à diminuição na expectativa de vida (Lipp & Rocha, 1996).

Percebemos, com isso, a importância do controle da doença por parte dos idosos, principalmente daqueles que já apresentaram algum tipo de complicação, exigindo, portanto, uma mudança constante no seu estilo de vida.

Qualquer doença, por mais insignificante que seja, requer do indivíduo afetado alguma mudança no seu estilo de vida. A diferença entre uma doença qualquer e uma crônica é que esta última geralmente leva a mudanças permanentes (Trentini et al., 1990).

As complicações encontradas, de acordo com as falas de **Abnara, Beatriz, Eucléia, Helen e Jéssica**, foram a trombose e o infarto:

"...E a perna da primeira vez que..., subiu até aqui e ficou morta mermo... podia beliscar, não doía...agora já sinto, não é como a primeira vez que descobriu (trombose), quando eu tive menino que num... podia beliscar...ninguém bulia, num podia nem tocar...podia nem tocar... primeira vez, não sentia, podia beliscar até aqui assim..." (ABANARA)

"...tudo que eu ia comer até a boca, a comida eu num acertava pra botar na boca. Aí passei foi tempo, aí foi indo, foi indo..."(BEATRIZ)

"Aí, uma dessas vez que eu sai pra caminhar, foi que eu tive o primeiro infarto...Pois é, graças a Deus ocorreu tudo muito bem e eu passei oito dias no Hospital, com oito dia vim pra casa. E daí pra cá, graças a Deus, num tive um aborrecimento..."(EUCLÉIA)

"Ah, eu tive filhinha, eu tive uma trombose minha filha. Foi até que descolei esse braço minha filha. Eu fui dormir boazinha...aí quando fui umas horas era uma dor no braço, aí a Josenir (filha) ficou logo aflita e levou logo o médico. Aí ele disse que era trombose, que eu tinha sido acometida" (HELEN)

"Eu tive um pré-infarto. Foi um pré-infarto, eu tava rezando aqui. Foi em fevereiro de 2000. Aí eu tava ajoelhada rezando, quando senti. Começou essa dor daqui, foi subindo. Você acredita que eu...num falei, fiquei sem falar. Aí me levaram pro Hospital. Aí me deu no Hospital... Aí fiz o cateterismo. Aí disse que eu tinha tido a dor era do infarto..." (JÉSSICA)

Na trombose cerebral, ocorrem danos no sistema nervoso, de maneira irreversível, e, dependendo da área do cérebro afetada, o indivíduo irá apresentar sintomas perenes, como rebaixamento intelectual, alterações de sensibilidade, paralisia de membros ou de todo o corpo, até coma profundo e morte (Lipp & Rocha, 1996).

Refletimos, por meio da análise das falas, que a trombose limita de forma significativa a vida do idoso, não permitindo, muitas vezes, o desenvolver de algumas atividades como comer, vestir, cuidar da casa e dos netos, dentre outras atividades.

No que se refere ao infarto, Smeltzer & Bare (1994) mencionam que, clinicamente, o paciente com infarto apresenta dor torácica persistente, caracterizada pelo início súbito, geralmente sobre a região inferior do esterno e abdome superior. A dor pode agravar continuamente, até se tornar quase insuportável. Ela é uma dor violenta e constritiva, que pode irradiar-se para os ombros e braços. Em alguns casos, pode irradiar-se para mandíbula e pescoço. Muitas vezes, é acompanhada de aceleração da respiração, palidez, sudorese fria e pegajosa, vertigem ou confusão mental, náuseas e vômitos.

As autoras, em suas considerações gerontológicas, acrescentam que nem sempre o idoso apresenta a dor constritiva típica associada ao infarto do miocárdio, em virtude da menor resposta dos neurotransmissores, que ocorre no processo do envelhecimento. Muitas vezes, a dor é atípica, como a localizada na mandíbula, podendo ocorrer perda dos sentidos.

4.3.2 Modo Autoconceito

Martins et al.(1996), estudando a qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas, verificaram que a doença, com essa conotação, interfere, de maneira significativa, na capacidade física, no trabalho/estudo/atividades do lar e na auto-estima.

A este respeito, refletimos que, com o decorrer da hipertensão arterial, alguns idosos passam a expressar sentimentos de insatisfação, seja em função de ter que lidar com incômodos físicos, seja por perdas nas relações sociais ou por ameaças à aparência individual e à vida. A partir de tais considerações, é possível admitir que o processo mórbido e seqüelas decorrentes, poderão influenciar, de forma negativa, o conceito que o idoso tem de si próprio.

O estado de doença proporciona algumas repercussões inevitáveis, como preocupações, angústias, medos, alterações na auto-imagem e algum nível de dependência (Gavião, 2000).

Em consonância ao que foi dito, seguem-se as falas de **Abnara, Eucléia, Fernanda, Gabriel e Helen:**

"...Eu não fico boa, como eu era de primeiro. Porque das primeiras vezes... A primeira vez que deu (referindo-se à trombose), eu não ficava boa?...Agora eu ando meio caxingó (mancando)...mas agora sei que num tô sadia mesmo não (risos)..." (ABNARA)

"O que tem sido assim a minha vida depois da...Antes da operação (ponte de safena), é porque eu tinha uma vida assim mais saudável, porque eu não sabia que tinha esse problema, né?..." (EUCLÉIA)

"...Agora dizer que saúde...que eu sou uma mulher sadia, sou não..." (FERNANDA)

"...Eu vivo com cuidado, num é como era...que eu não pensava que tinha a pressão alta" (GABRIEL)

"Ah, minha filha...a gente num se acostuma, né minha filha? Porque a gente quando tinha saúde era uma coisa, né? E depois que passei a ser levada o médico..." (HELEN)

Diante dos relatos, percebemos que os idosos têm, em relação a si próprios, o conceito de serem pessoas limitadas, em virtude do estado de saúde.

O autoconceito é definido por Roy, como um conjunto de crenças e sentimentos que a pessoa tem de si mesma em determinado momento, formado de percepções internas e percepções de outros, que dirige o comportamento (Roy & Andrews, 1999).

Nesse contexto, explicitamos que a hipertensão arterial agiu como um estímulo contextual, para a elaboração de um comportamento ineficaz por parte dos idosos. Havendo, portanto, influência direta sobre o self-físico e self-pessoal, duas sub-áreas do modo de autoconceito.

O **self-físico** inclui dois componentes: a) sensação corporal, definida como a habilidade para sentir-se e experienciar-se como um ser físico; b) imagem corporal, maneira de se ver, física e aparentemente. O **self-pessoal**, contempla os componentes a seguir: a) self-consistência, que se refere a um estado organizado de idéias sobre o self e visa à manutenção de uma auto-organização, de forma a evitar o desequilíbrio; b) self-ideal, relaciona-se ao que a pessoa pode querer ser ou é capaz de fazer e c) self-ético-moral-espiritual, que inclui um sistema de crenças e uma avaliação de si, em relação ao universo comportamental (Roy & Andrews, 1999).

Percebemos, com a fala de **Abnara**, que a limitação na mobilidade física é algo bastante constrangedor, uma vez que a impede de levar uma "vida normal" (apresentando dificuldade de sair de casa e de cuidar dos outros), refletindo em sentimentos de ansiedade e insegurança, principalmente pela situação de dependência em que se encontra. Até mesmo as suas idas à igreja e ao grupo de auto-ajuda estão restritas, em decorrência da situação de saúde atual.

O diagnóstico da doença, na vida do idoso, pode não ser tão importante quanto as conseqüências que poderão surgir em função dele, tais como limitação na capacidade funcional e no processo de independência. Conseqüências essas, capazes de influenciar, sobremaneira, a qualidade de vida do indivíduo (Diogo, 2000).

Já os outros idosos (**Beatriz, Cléo, Dara, Ivone, Jéssica e Leila**), apesar de se sentirem pessoas com "pouca saúde", não referiram limitação física significativa que pudesse impedir o desempenho de suas atividades. Refletimos, com isso, que apesar dos estímulos decorrentes do processo de envelhecimento e da doença, estes idosos conseguiram elaborar uma atitude positiva, permitindo, desse modo, um melhor aproveitamento da fase atual de vida.

Nessa esfera, Pereira & Vieira (1996) retratam que, na terceira idade, começam a surgir inúmeras limitações e perdas, diante das quais é imprescindível que se elabore uma postura realista e positiva, permitindo, assim, que os ganhos desta fase possam ser ressaltados e usufruídos de maneira saudável.

Diante dos discursos de **Abnara** e dos demais idosos, percebemos uma variabilidade comportamental significativa, uma vez que todos estiveram expostos a estímulos externos (doença, sintomas, seqüelas) semelhantes, mas a capacidade de adaptação variou de pessoa a pessoa.

Sendo assim, Gavião (2000) relata que a doença traz consigo um fator emocional de regressão, no sentido de acentuar sentimentos de fragilidade, de dependência, de insegurança. No contexto de envelhecimento, é mais uma situação de limitação a ser enfrentada pelo idoso, dentre inúmeras outras, havendo, portanto, uma

grande variabilidade comportamental nesse enfrentamento, dependendo das condições socioeconômicas e afetivas adjacentes.

Alguns idosos estão vendo, no processo terapêutico, uma alternativa satisfatória para a manutenção da saúde:

"Que mudou foi que eu comecei a fazer o tratamento e eu achei que eu melhorei da vida, da doença..." (BEATRIZ)

"...depois que eu voltei ao tratamento médico eu melhorei 100%, né? Porque a pessoa tá só dentro de casa...os outros diz: "esse chá serve"... a pessoa faz, né? Aí, num tá fazendo nada..." (DARA)

"Pois é achei a diferença...Ave Maria, diferença demais... porque se eu continuasse desse jeito sem tá nesse tratamento, nera? Eu acho que eu já tinha até morrido..." (FERNANDA)

"...Aí fiquei tomando remédio controlado, graças a Deus tô melhor, num tive mais esse negócio assim que eu tinha, essa palpitação no coração e assim aparecia que nem uma falta de ar. Graças a Deus eu melhorei..." (HELEN)

Para Dara, a terapêutica tem sido relatada como um fato positivo, pois permitiu que muitos dos sintomas ("dores de cabeça", "gosto de sangue na boca/nariz"), sentidos em função da hipertensão arterial, fossem amenizados, trazendo uma melhora significativa em seu autoconceito.

A terapêutica tem trazido uma melhora no cotidiano, permitindo que a idosa se sinta estimulada a mudar o estilo de vida, refletindo, assim, em um bem-estar físico e mental.

Observamos um comportamento adaptativo, no que se refere ao processo de adesão à terapêutica, principalmente se considerarmos a mudança no estilo de vida.

Por acumular uma experiência anterior (abandono do tratamento) e por temer as conseqüências perigosas da hipertensão ("derrame"), **Dara** tem consciência da importância da terapêutica para a manutenção da saúde e qualidade de vida.

A experiência de ter abandonado o processo terapêutico, funcionou como estímulo residual, permitindo, desse modo, que a idosa elaborasse um comportamento adaptativo para a manutenção da sua integridade.

Algumas pessoas procuram tratamento para hipertensão, buscando a cura da doença. Ao descobrirem, porém, que se trata de um processo crônico, muitos se desestimulam e abandonam o tratamento. A partir disso, é evidenciada a necessidade da motivação e do envolvimento do indivíduo com a terapêutica estabelecida (Magro et al., 1999).

É fundamental a compreensão da doença, por parte do cliente, para que possa desenvolver mecanismos de enfrentamento aos estímulos que recebe, desde a descoberta do diagnóstico e decorrer da terapêutica. Assim, sendo, neste espaço, a enfermeira poderá atuar, proporcionando um maior envolvimento do cliente com a terapêutica estabelecida, bem como permitindo uma participação mais efetiva no seu autocuidado. Nesse contexto, Stefanelli (1993) refere que é por meio do uso da comunicação com o paciente que a enfermeira poderá observar e até mesmo promover mudança de comportamento.

A autora acrescenta que, com a sua utilização, é possível compreender melhor o paciente em seu todo, ou seja, em seu modo de pensar, sentir e agir. A partir dessa compreensão, os problemas do paciente serão mais facilmente identificados. Com isso a enfermeira poderá encontrar meios para manter ou recuperar a sua saúde.

Até o momento, não existe cura para a hipertensão arterial, apenas tratamentos não-farmacológicos e medicamentosos, que possibilitam o manejo parcial dos sintomas, buscando melhora na adaptação do indivíduo a seu modelo de vida, em função da cronicidade da doença e elevação na expectativa da qualidade de vida do portador da doença (Vieira et al., 1999).

Observamos, assim, que apesar do fator crônico da doença, os idosos têm conseguido manter uma integridade satisfatória, sentindo o tratamento como um meio de evitar e/ou amenizar as seqüelas que podem advir da hipertensão arterial.

Outro fator relatado por alguns idosos (**Abnara, Beatriz, Gabriel, Helen e Leila**), foi o medo iminente da morte, seja em função do processo de envelhecimento, seja em função do processo mórbido instalado, conforme ilustração dos discursos:

"Aí, eu digo: Muito? Muitos anos? Muitos anos eu num aturo mais não, porque já tenho esse tanto de anos, num posso aturar muito..."(ABNARA)

"Eu me sinto triste, quando eu tenho aquela pressão alta, fico com aquela coisa ruim, aquela falta... aquela coisa no coração. Dá vontade logo de morrer, pra num tá dando trabalho os outro (risos)" (BEATRIZ)

"Eu digo: quem tem esses anos, ninguém pode esperar mais muitos anos, só se fosse novo..." (GABRIEL)

"Ah minha filha eu sentia assim que eu ficava com, parecia que meu coração ia parar. Eu pegava no meu pulso, eu num sei se era o nervoso, aí eu notava que o meu pulso num tava pulsando direito (risos). Aí eu dava massagem assim no meu pulso, aí eu disse: ai meu Deus!" (HELEN)

"A minha família espera eu morrer, né? Porque a pessoa quando tá velha, os outros dizem: tomara que esse diabo velha já

morra (risos). Eu acho que é isso, só que eu num tô nem aí (risos). Só que eu num tô nem aí, logo eu já vivi muitos anos, né? 60 anos, 61 anos eu já vivi muito. Eu já gozei a minha vida. Nosso Senhor já fez os meus gostos, agora eu tenho que fazer os dele, né?..." (LEILA)

O indivíduo que envelhece, além de estar mais suscetível a doenças, normalmente se depara com inúmeras situações de perda: aposentadoria, morte de entes queridos, distanciamento dos filhos, perdas cognitivas, etc., inclusive a realidade concreta da maior proximidade da própria morte (Gavião, 2000).

De acordo com os relatos, é perceptível que o envelhecimento e a hipertensão arterial têm funcionado como um estímulo residual, capaz de permitir que o idoso tenha uma reação de medo e insegurança, frente à possibilidade de morte, configurando, assim, um comportamento de caráter ineficaz.

A fala de **Leila** revela um sentimento de indiferença da família, em relação à sua vida. Fato que já causou muita dor e sofrimento, mas que hoje, já conseguiu superar. Além disso, já consegue lidar melhor com a questão da finitude.

Araújo & Lopes (1999) referem que a participação familiar, é de grande importância para o enfrentamento de estímulos, associados aos modos psicossociais. No caso de **Leila**, o componente familiar não tem contribuído para o enfrentamento destes estímulos.

Observamos ainda uma influência, mesmo que residual, dos conceitos emitidos pela família para a formação do seu próprio autoconceito, ou seja, o fato da família considerá-la uma pessoa "velha", contribui para que ela formule um conceito semelhante.

É perceptível uma influência direta da doença crônica (HA) na qualidade de vida desses idosos. Considerando todo o contexto, no qual o portador de uma doença crônica está inserido, percebe-se que a doença poderá levar ao isolamento social, a um aumento da depressão e diminuição das expectativas de melhora, contribuindo para um sentimento de desesperança e solidão, os quais poderão ter influência direta nos aspectos de recreação e lazer (Martins et al., 1999).

Apesar de todas as limitações decorrentes do envelhecimento e/ou doença, é possível que os idosos, em questão, elaborem mecanismos de enfrentamento para lidar melhor com a possibilidade da morte.

4.3.3 Modo Desempenho de Papéis

O modo desempenho de papéis identifica os padrões de interação social da pessoa em relação aos outros, refletidos pelos papéis primário, secundário e terciário (Roy & Andrews, 1999).

Os papéis primários fundamentam a maioria dos comportamentos que a pessoa manifesta, durante um período particular da vida. São determinados por idade, sexo e estágio de desenvolvimento.

Os papéis secundários são aqueles que as pessoas assumem para complementar suas atividades associadas ao estágio de desenvolvimento e ao papel primário. Geralmente uma pessoa pode assumir vários papéis secundários: ser esposo, mãe, pai ou ter uma ocupação.

Os papéis terciários são de natureza temporária e de livre escolha pelo indivíduo, geralmente associados à realização de alguma tarefa de menor relevância, no

desenvolvimento atual da pessoa. Estes papéis podem incluir atividades relacionadas com "hobbies".

Roy & Andrews (1999) identificam, ainda, componentes comportamentais para ajudar na avaliação e desenvolvimento dos papéis. Tais componentes são definidos como comportamentos instrumentais e comportamentos expressivos e aplicam-se a cada papel desempenhado pelas pessoas.

Comportamentos instrumentais: são aquelas atividades desenvolvidas pela pessoa como parte de seus papéis. São normalmente ações que têm uma orientação a longo prazo.

Comportamentos expressivos: envolvem a manifestação de sentimentos e atitudes das pessoas no desempenho de seus papéis. São de natureza emocional e envolvem interações que possibilitam à pessoa expressar os sentimentos relacionados a cada papel de maneira apropriada.

Tendo em vista a classificação dos papéis, segundo Roy & Andrews (1999), seguiremos descrevendo os papéis desempenhados pelos idosos participantes do nosso estudo. Além disso, iremos discutir se os mesmos sofreram alguma mudança, relativa ao processo de envelhecimento e/ou processo mórbido.

A partir de tais considerações, é possível colocarmos em evidência mudanças no desempenho de seus papéis, relativas ao envelhecimento e/ou doença. Dentre as mudanças, as mais citadas pelos idosos do presente estudo, incluíram alterações cotidianas referentes às tarefas desempenhadas dentro do âmbito domiciliar.

A esse respeito, Roy & Andrews (1999) refletem que, de tempos em tempos, os papéis devem ser alterados, quando são encontradas circunstâncias especiais, como no caso de uma doença, por exemplo.

A doença (HA) significou, para alguns idosos, um empecilho no desenvolvimento das atividades domésticas. Os discursos de **Abanara, Beatriz, Fernanda e Jéssica**, espelham melhor tal situação:

"Pois é...dentro de casa (risos) eu faço muita coisa e num faço nada, que num posso tá sem fazer nada" (ABNARA)

"...Às vez, faço um almoço, lavo um prato, é assim... só num gosto muito de varrer casa, gosto não... Já fiz tanto essas coisas, mas agora eu num tô mais... é assim a falta de coragem. Mais aqui e acolá, eu vou...lavo umas coisinhas, às vez faço o almoço, é isso...lavo a minha roupa..." (BEATRIZ)

"...Eu sei que a minha luta é grande...se é pra lavar roupa é eu, uma louça é eu... Eu sei que a minha luta aqui dentro de casa é cansada pra mim, num é dizer assim que eu tenho aquela folga de me deitar ou dormir assim... é puxada a minha luta aqui..."(FERNANDA)

"A parte de casa eu num faço não, os netos é que faz. Vem as netas, vem uma filha, aí eu num consigo..." (JÉSSICA)

Abnara refere tristeza por não poder desempenhar as atividades domésticas, com a destreza anterior. A dificuldade concentra-se, principalmente, na limitação de movimentos, motivada pela parestesia nos membros superior e inferior direito. Apesar dessa limitação, relatou ser uma pessoa muito disposta, com muita vontade de cuidar da sua casa.

O adoecer é um processo no qual sempre encontramos alguns componentes de fragilização, independentemente do fator idade ou da estrutura de personalidade (Gavião, 2000).

Nesse aspecto, torna-se indiscutível a importância do desenvolvimento de mecanismos compensatórios, por parte do indivíduo, às limitações impostas pela hipertensão arterial e seu tratamento. Além disso, Martins et al. (1996) reforçam a importância da atuação do enfermeiro, nesse processo de adaptação às limitações da doença.

Seguindo com a nossa análise, percebemos nos discursos de **Beatriz, Fernanda e Jéssica**, uma certa apatia, diminuição de ânimo e cansaço, seja em função do envelhecimento, seja em função das limitações decorrentes da hipertensão arterial ou por suas complicações.

A independência, na realização das atividades da vida diária, é de fundamental importância na vida do ser humano, uma vez que contempla questões de natureza emocional, física e social. Independentemente da faixa etária, a situação de dependência pode alterar a dinâmica familiar, interferindo nos papéis desenvolvidos pelos seus membros, com reflexos nas relações e no bem estar da pessoa dependente e dos seus familiares (Diogo, 2000).

Face a esse quadro de dependência, algumas funções antes desenvolvidas pelo idoso, são delegadas a outros membros da família. Sendo assim, **Jéssica** transferiu a responsabilidade de algumas tarefas domésticas para filhas e netas, configurando, desse modo, um momento de transição.

As transições nas famílias de idosos, ocorrem no momento em que papéis e responsabilidades começam a ser transferidos entre as gerações, quando os filhos percebem que os pais recorrem a eles para apoio emocional e outras formas de ajuda (Angelo, 2000).

A partir das falas de **Beatriz, Fernanda e Jéssica**, compreendemos que a HA foi o estímulo focal que desencadeou respostas ineficazes, relativas principalmente aos modos fisiológico e autoconceito. Este tipo de resposta influenciou, de forma negativa, o desempenho de papéis.

Ao contrário dos idosos referidos anteriormente, **Cléo, Dara, Eucléia, Gabriel, Ivone e Leila** não consideraram a doença e todo o complexo que envolve o processo terapêutico como um impeditivo para o desenvolvimento das atividades domésticas, conforme as falas a seguir:

"...Eu faço as mesmas coisas que eu faço em casa, trabalho, lavo louça, faço tudo e pra mim é normal... Tomo os medicamentos direitinho... Saio pra todo canto sozinha, subo do ônibus, desço do ônibus, num tem nervoso de nada" (CLÉO)

"Dentro da minha casa, eu acordo cinco horas da manhã. Faço o meu café, boto o meu almoço no fogo. Minha filha vai pro colégio... e eu vou lavar roupa, vou passar pano em casa... faço tudo isso, recebo quem chega (rezadeira)..." (DARA)

"Então, depois que eu me operei, ainda passei uns tempos assim com muito cuidado e tudo. Mas agora eu tô levando minha vida normalmente, depois de três anos de operada, normal. Eu tô fazendo o meu trabalho de casa só, normalmente..." (EUCLÉIA)

" Dentro de casa, às vez quando ela sai (esposa) eu faço almoço, quando num tem gente pra fazer...Agora, varrer casa,

lavar prato,...essas coisas assim eu num gosto (risos)..."
(GABRIEL)

"...A casa eu varro, lavo roupa, o peso de uma casa eu faço tudo. Às vez quando a minha menina tá em casa, ela ajuda alguma vez. E num tando eu faço só" (IVONE)

" Na minha casa eu só faço mesmo só varrer por aqui, eu passo um pano, ajeito e só isso mesmo. É a mesma coisa, só num faço mais é comida, porque eu abusei mesmo de fazer. Só abro meu fogo pra fazer um chá..." (LEILA)

Percebemos com isso que os idosos apresentaram respostas adaptativas, refletindo, positivamente, no desempenho de papéis.

Essa percepção nos faz refletir sobre o caráter individual do processo adaptativo, uma vez que esses idosos (**Cléo, Dara, Eucléia, Gabriel, Ivone e Leila**) expostos a estímulos semelhantes aos vivenciados pelos demais (**Abnara, Beatriz, Fernanda e Jéssica**), elaboraram mecanismos de adaptação antagônicos.

Dentro dessa esfera Galbreath (2000) menciona que a capacidade de enfrentamento da pessoa varia, segundo o seu estado, em ocasiões diferentes.

Cléo, além de continuar a realizar as atividades do lar, relatou um certo grau de independência para realizar as atividades de caráter social.

Dara, por sua vez, revelou uma grande coragem para manter-se ativa, buscando cuidar bem da casa, da filha e das pessoas que a procuram em busca de "cura". O papel desempenhado por ela (rezadeira) é visto como um "Dom de Deus", trazendo muita alegria e satisfação.

Eucléia, apesar da cirurgia (ponte de safena) realizada, está tentando levar uma vida normal, assim como acontece com **Gabriel, Ivone e Leila**. Sendo assim, esses

idosos estão conseguindo manter os padrões culturais, associados ao desempenho de papéis, na manutenção do lar.

Seguiremos discutindo o papel do idoso, no processo terapêutico.

Sendo o tratamento da HA necessário, por toda a vida, é imprescindível a participação efetiva do idoso, para a manutenção do seu estado de saúde, bem como prevenção de possíveis acometimentos decorrentes da doença.

Sabe-se que a experiência de um problema crônico de saúde, provoca estresse e exige a ativação de mecanismos de adaptação ao novo estilo de vida, tanto do cliente, quanto da sua família, pois restrições dietéticas e ingestão diária de medicamentos, podem levar a alterações na auto-estima, no desempenho do papel social e no relacionamento familiar. Quando o estresse provocado por esta nova situação, não é superado, com a ajuda da enfermeira, o resultado imediato pode ser a falta de adesão ao tratamento. A longo prazo, as conseqüências aparecem sob a forma de complicações renais, cardíacas, cerebrais e oculares, caso antes não aconteça a morte súbita (Cruz et al., 1995).

Nesse estudo, observamos que boa parte dos idosos (**Abnara, Cléo, Dara, Eucléia, Gabriel, Helen, Ivone, Jéssica e Leila**), conseguiu assumir um papel definido, em relação ao seguimento terapêutico não farmacológico. Os discursos que se seguem, expressam uma postura positiva dos idosos frente à mudança no estilo de vida:

"...Sal diminuí, toda vez foi diminuído, porquê eu não agüento..." (ABNARA).

"Eu faço a minha dieta, eu mesmo sei fazer. Eu sei que é a verdura, sei que é a comida não tem sal. Não é sem sal, mas é só um pouquinho..." (CLÉO)

"Eu faço o meu tratamento como eles manda: num coma gordura... não coma salgado... tudo isso eu faço..." (DARA)

"...e sobre alimentação, eu também, eu já tava até passando dos limites, mas agora com esse negócio que ele me disse que eu tô com colesterol acima do normal. Então, eu tô voltando minha dieta, né? Tô voltando minha dieta séria, com fruta, com mais verdura...o sal também muito pouco" (EUCLÉIA)

"A dieta é num comer salgado... " (GABRIEL)

"...Ai, eu num dou trabalho não, olha: minha comida é insossa, eu num gosto de nada doce e, que é mais meu Deus?... Ah da gordura! Ave Maria, de jeito nenhum filha, num tem nada de gordura... aí ele (médico) passou pra usar essa dieta e finalmente eu venho fazendo tudo direitinho e eu num dou trabalho..." (HELEN)

"...É num comer salgado...só, só...Também o meu colesterol é alto...quando o médico passou pra mim porque o meu colesterol...comer verdura, negócio de dieta..." (IVONE)

"...A dieta tenho cuidado...Negócio de gordura, de comer coisa...num como nada. O sal, pode passar um bife, assar um bife...eu como sem sal e num me lembro nem do sal..." (JÉSSICA)

Cumpre ser colocado, em evidência, que apesar de terem elaborado respostas adaptativas, os idosos precisam de uma orientação mais complexa a respeito da importância da mudança no estilo de vida, uma vez que se restringiram, praticamente, à redução do consumo de sal e gordura e a um maior consumo de verdura.

Sabemos, porém, que vários são os fatores que poderão agravar a saúde cardiovascular do indivíduo, tais como: idade, raça, sexo, obesidade, sedentarismo,

álcool, fumo, estresse, dentre outros. Um fator de risco bastante presente no grupo em estudo foi o sedentarismo, considerando que nenhum idoso faz caminhada ou atividades afins, de forma regular e sistemática. Cumpre ressaltar ainda, história anterior de AVC (**Abnara**) e infarto (**Eucléia, Helen e Jéssica**). Isso tudo nos revela uma situação de alto risco, principalmente se consideramos a faixa etária na qual estão inseridos.

Percebemos, desse modo, a relevância da questão, devendo, portanto, envolver além do indivíduo, o profissional e a família, para uma melhor manutenção da saúde. Neste sentido, Moreira (1999) relata a importância da participação ativa dos portadores de hipertensão arterial no tratamento e o desenvolvimento de uma abordagem holística por parte daqueles que integram o sistema de saúde, contando, inclusive, com a participação da família.

Discorrendo sobre desempenho de papéis, Mailloux-Poirier (1995) afirma que algumas circunstâncias particulares, por exemplo, uma doença, podem alterar os papéis de um indivíduo e levá-lo a desempenhar, temporariamente, o de doente, que é um papel do tipo terciário. Por definição, os papéis são livremente escolhidos, mas sabe-se que de fato ninguém escolhe estar doente. O indivíduo pode escolher desempenhar o papel de doente e, nesse caso, adotar comportamentos de acordo com a sua escolha. No entanto, quando a doença se torna crônica, o papel de doente torna-se um papel secundário. Como vários idosos são atingidos por uma ou mais doenças crônicas, escusado será dizer que muitos deles desempenham o papel secundário de doente.

Considerando os atores do mesmo cenário (**Abnara, Cléo, Dara, Eucléia, Gabriel, Helen, Ivone, Jéssica e Leila**), iremos abordar o processo adaptativo frente ao tratamento farmacológico.

Abnara, Cléo, Dara, Helen e Leila, procuram seguir, adequadamente, a terapêutica proposta, mesmo desconhecendo, em alguns casos, o rótulo, ação e efeitos colaterais dos medicamentos anti-hipertensivos. De acordo com as falas, é possível ilustrar o seguimento à terapêutica:

"...Tomo os medicamentos. Num sei do nome, mas sei como é que toma, já sei, já aprendi...Aí, eu sei...de primeiro eu me atarentava, eu não sabia, eu num botava desse jeito...misturava tudo..." (ABNARA)

"...Eu num me esqueço, num há preocupação, sabe quando eu vou deitar eu tomo logo.. eu num me preocupo não, eu tomo direitinho..." (CLÉO)

"Aí, eles (médicos)... lá diz se o comprimido for pra tomar um por dia, eu tomo do mesmo jeito..." (DARA)

"Tomo o remédio bem direitinho. É só isso mesmo filha..." (HELEN)

"...eu fico tomando os comprimidos que eu venho tomando e pronto..." (LEILA)

Em contrapartida, **Eucléia, Gabriel, Ivone e Jéssica**, apresentaram respostas ineficazes em relação à terapêutica farmacológica, conforme as falas:

"...Às vezes, aqui e acolá a gente esquece um pouquinho. Às vezes, esquece um, passa a hora dum remédio, porque normalmente pra mim tomar são cinco qualidade de remédio, diariamente. Mas aqui e acolá a gente esquece, um passa o horário..." (EUCLÉIA)

"Mudei porque eu tenho que todo dia tomar esse comprimido, sem parar. Às vez, eu tenho parado. Às vez, eu passo um dia sem tomar. Às vez, porque eu me esqueço..." (GABRIEL)

"...Aí eu tomo os remédios de novo, aí continua muito tempo sem eles, é uma atrapalhação no modo de tomar os remédios. Eu me atrapalho às vez, num tomo o remédio no horário certo. Passa um dia...como hoje, eu nem tomei hoje ainda..." (IVONE)

"Eu costumo seguir o tratamento. Todo dia de manhã, eu tomo o comprimido. Eu num me esqueço nunca. Quando eu sinto, quando ela sobe, eu tomo de manhã e à noite: sete hora da manhã e sete da noite. Mas agora tá com um tempo que ela num sobe. Quatorze abaixo, eu num tomo. Só tomo quando ela sobe..." (JÉSSICA)

Eucléia, Gabriel e Ivone, relataram dificuldade em seguir o tratamento por esquecerem de tomar os medicamentos, de acordo com as recomendações. Este comportamento ineficaz, tende a influenciar, de forma negativa, o estado de saúde dos idosos, podendo gerar complicações desastrosas e até mesmo fatais, principalmente pela associação dos vários fatores de risco cardiovasculares que apresentam.

Jéssica, por sua vez, apesar de não esquecer, procura seguir o tratamento ao seu modo, tomando os remédios apenas quando os valores da pressão arterial estão elevados. Essa é uma situação altamente comprometedora, principalmente pela história pregressa de infarto agudo do miocárdio (IAM), constituindo, assim, mais um fator de risco para alterações cardiovasculares.

Em alguns momentos, os pacientes adaptam a terapêutica às suas percepções, sentindo-se, muitas vezes, cansados, impotentes ou, ainda, rejeitando completamente o

tratamento, conforme observado por Moreira (1999), em estudo com clientes portadores de hipertensão arterial não aderentes ao tratamento.

Desse modo, **Jéssica** procurou adequar a terapêutica farmacológica à sua percepção de que o medicamento só é necessário quando há aumento nos níveis pressóricos. Sabemos, porém, que tal prática poderá refletir, de forma direta ou indireta, na qualidade de vida e longevidade da idosa.

Nesse âmbito, destacamos a importância de uma comunicação eficaz entre a enfermeira e o paciente, como fonte norteadora de uma assistência de enfermagem mais voltada à real necessidade do indivíduo que recebe o cuidado. Desse modo, Stefanelli (1992) considera a comunicação como uma necessidade humana básica e, como tal, deve permear toda a assistência de enfermagem.

Ainda no que concerne ao desempenho de papéis, é válido observarmos que alguns idosos (**Abnara, Eucléia, Gabriel e Jéssica**), estão sentindo falta da participação em atividades sociais, recreativas e espirituais. Seguem-se os discursos:

"Fora de casa agora num faço nada. Só vou pra missa...num vou quase em canto nenhum, vontade eu tem de sair, de andar, de sair...que nem, que nem eu andava por aí (risos)..." (ABNARA)

"O que mudou é porque começou os tratamento. Aí, assim... tive que mudar totalmente o meu modo de viver... o tratamento, freqüentemente ao médico... Que antes eu não tinha cuidado, eu não fazia dieta, saia, né? Ia a praia, ia assim...gostava de passear e aí depois disso mudou, mudou completamente..." (EUCLÉIA)

"...Trabalhava na roça, fazia pintura, levantava...fazia a casa de uma pessoa, fazia outra da outra... Eu num parava não, era só trabalhando..." (GABRIEL)

"O meu desempenho de papel mudou assim, porque eu era legionária ativa. Eu andava muito, eu visitava, eu fazia trabalho e aí eu num posso mais. Num posso mais...fiquei sendo auxiliar. E nem auxiliar tô dando certo, porque as auxiliares agora têm que trabalhar. Eu num posso trabalhar...Eu tirava terço todo dia nas casas, porque eu tenho aquela santinha a Mãe Rainha, que eu fiz um pedido, aí trouxe, ganhei ela. Eu sou zeladora de uma, mas acontece que num tô podendo mais..." (JÉSSICA)

Ocupar-se, tendo em vista a auto-realização, permite a plena eclosão do ser humano. Realizar um trabalho, adquirir conhecimentos, partilhar o que sabe fazer, são alguns exemplos de realizações que permitem satisfazer esta necessidade fundamental. Embora as maneiras e os meios de se realizar sejam diferentes, de um indivíduo para outro, esta necessidade está presente ao longo de toda a vida. Nesse sentido, a idade não é um fator de impedimento. Também as pessoas idosas podem, nos diferentes papéis que desempenham, satisfazer essa necessidade, mesmo que não trabalhem, que tenham limitados recursos financeiros, ou que sofram de uma ou várias doenças crônicas (Mailloux-Poirier, 1995).

Os discursos revelaram a necessidade que têm os idosos de se manterem sempre ativos e independentes. No entanto, por circunstâncias específicas, alguns papéis terciários, relacionados a *hobbies*, como: ir à missa, passear, visitar amigos, trabalhar, não estão sendo desenvolvidas a contento.

Gabriel deixa claro, em sua fala, que o trabalho tem um caráter fundamental em sua vida. O afastamento do emprego funcionou como um estímulo contextual, gerador de grandes conflitos.

O afastamento do trabalho, provocado pela aposentadoria, talvez seja a perda mais importante da vida social das pessoas, podendo resultar em outras perdas futuras, que tendem a afetar a sua estrutura psicológica. As conseqüências negativas mais imediatas, provocadas pela aposentadoria, são: a diminuição sensível da renda familiar; a ansiedade frente ao vazio deixado pela falta do trabalho; e o aumento na freqüência de consultas médicas (França, 1999).

Por outro lado, **Dara e Fernanda** apresentaram comportamentos adaptativos, em relação ao desempenho dos papéis terciários:

"... Fora de casa eu vou pra a igreja católica, minha missa...vou caminhar, que eu sou da Comunidade do Caminho do Senhor, né? Aí, a gente faz aquelas caminhadas, reza terço nas casas... isso tudo eu faço, graças a Deus eu faço. Só se eu tiver doente, mas eu tando com saúde, dando pra eu ir, eu vou..."
(DARA)

"A luta da minha casa é grande pra mim, porque aqui tudo dentro de casa é eu. É a luta da casa, de almoço. Aqui é assim... se é pra ir no frigorífico é eu, se for para comprar uma caixa de fósforo numa bodega é eu.... E aí, é desse jeito. A correria minha é grande aqui. Eu frivio esse Planalto aí quase todo, procurando onde têm as coisas assim...um frigorífico mais barato. Aí, eu assim, quando eu chego é cansada... se é pra pagar um papel de água ou de luz é eu, em Antônio Bezerra, que eu vou pagar na farmácia. Já hoje, eu andei tanto. Eu vendo avon também. Aí, tudo tem que andar. Aí, eu já hoje eu fui pegar..." (FERNANDA)

Todo o indivíduo desempenha papéis precisos, consoante o seu estágio de desenvolvimento. Desse modo, uma pessoa com mais de 60 anos, cujo estágio é o de um adulto amadurecido, deveria desempenhar papéis que visassem a atingir o objetivo

de sua integridade pessoal nessa fase de desenvolvimento. Estes papéis poderiam ser o de avô, de presidente do clube de idosos, ou, ainda, de responsável pelos voluntários do estabelecimento onde reside (Mailloux-Poirier, 1995).

4.3.4 Modo de Interdependência

A interdependência é definida como o relacionamento de pessoas próximas, objetivando satisfazer as necessidades de afeto, desenvolvimento e recursos para alcançar a **integridade relacional**, necessidade básica do modo de interdependência (Roy & Andrews, 1999).

De acordo com o modelo teórico de Roy, as relações de interdependência envolvem a disposição e a capacidade, para dar e aceitar dos outros, sentimentos de amor e respeito, valor, conhecimento, habilidades, compromissos, posses materiais, tempo e talentos. Pessoas que demonstram uma adaptação, no modo de interdependência, têm um equilíbrio adequado entre suas necessidades de dependência e interdependência. Elas aprendem a viver, com sucesso, no mundo de outras pessoas, animais, objetos, meio ambiente e figura divina.

As necessidades interdependentes são atendidas através de relacionamentos com outros. Desse modo, relações com diferentes pessoas, têm diferentes significados para o indivíduo. Na perspectiva individual, essas relações são desenvolvidas com o *outro significante e sistemas de apoio*.

O *outro significante* é descrito, pela teórica, como indivíduos que têm, para a pessoa, um grande valor e importância, podendo corresponder a parentes, cônjuge,

amigos, membros da família, Deus ou até mesmo a um animal. Esses outros significantes são amados, respeitados e valorizados. Por sua vez, amam, respeitam e valorizam as pessoas, em um nível maior do que em outros relacionamentos.

Os *sistemas de apoio* incluem pessoas, grupos ou organizações, com as quais nos associamos para alcançar metas ou algum propósito. Apesar de incluir a função de dar e receber amor, respeito e valor, o significado das relações não carregam a mesma intensidade, observada na categoria anterior (outro significante).

Outro aspecto importante, enfatizado em Roy & Andrews (1999), é a questão do contexto, correspondendo, portanto, a um conjunto particular de estímulos internos e externos, que estão influenciando o relacionamento.

Externamente, fatores como o econômico, social, político, cultural, familiar influenciam o relacionamento. Internamente, a missão (propósito da existência) do relacionamento, sua visão, a associação de valores, princípios e metas formalizadas ou não, influenciam as ações e realização dos participantes no relacionamento.

Frente ao exposto, este capítulo reflete as relações mantidas entre os idosos e outras pessoas significantes de seu convívio, bem como o apoio recebido por outros tipos de sistema.

O idoso pode ter um papel valorizado dentro do contexto familiar, ser respeitado, rodeado de manifestações autênticas e carinhosas de ajuda, mas pode também ser tido como um "peso", ser rejeitado, tratado com indiferença ou hostilidade. Tudo isso irá depender de como estas relações foram se estruturando, ao longo da história da família, bem como da disponibilidade e personalidade das pessoas envolvidas (Gavião, 2000).

Percebemos, com isso, a importância das relações familiares na vida do idoso, permitindo troca de amor, afeto, respeito e valor, imprescindível para um envelhecer saudável e compensador. Além do mais, a relação com pessoas significantes, poderá contribuir, também, para que o idoso consiga se adaptar melhor à instabilidade do estado de saúde, relativa à presença da hipertensão arterial e de seu tratamento. Caso contrário, poderá se sentir desprotegido, inseguro e angustiado, com reflexo direto no processo de manutenção da saúde e qualidade de vida.

As falas mencionadas, a seguir, dão propriedade a este raciocínio, principalmente no que se refere à atuação da família durante o tratamento da hipertensão arterial. Vejamos:

"...Mas, quando eu tô na casa do meu pessoal, das minhas cunhadas, dos meus filhos, eles já sabem que eu tenho esse problema (hipertensão arterial), aí eles já evitam de dar coisa a mim" (CLÉO)

"...Mas, Graças a Deus a minha filha tem muita paciência...pra num me fazer raiva, né?" (DARA)

"...Eles (filhos) num gostam que eu fique assim...se eles vão passear, eles me levam, me convidam pra todo o canto que eles vão...eles querem me levar, sabe? Eles me tratam assim...muito bem. Apesar de toda vida ser assim, mas agora eu acho que ainda mais" (EUCLÉIA)

"...Eu tenho uma filha que tem muito cuidado com negócio de merenda, negócio de noite num deixar eu dormir sem jantar, sem merendar. Tem cuidado assim...A minha esposa tem cuidado também, mas ela também é nervosa...ela vive sozinha dentro de casa, já tem esse menino (neto). Num é como era não, sabe?..." (GABRIEL)

"...E também minha filha cuida muito bem de mim, graças a Deus. É muito atenciosa...Ave Maria, ela é tudo na minha vida" (HELEN)

"...E os filhos que moram comigo, Ave Maria têm o maior cuidado...Eles se preocupam, às vez quando eu vou...às vez eu faço um comer assim com um salzinho demais, porque é ruim comer insosso. Eles brigam é muito....Eu acho ruim porque num dá pra beber água..." (IVONE)

"Eles (filhos) cuidam de mim, se preocupam, tudim...Eles têm ajudado no tratamento. Ajuda demais...a filha mais velha é quem paga a UNIMED, ela mora no Iguatu... Eu tô muito feliz com eles, a minha vida é eles..." (JÉSSICA)

Os discursos de **Cléo, Dara, Eucléia, Gabriel, Helen, Ivone e Jéssica**, demonstram, de forma geral, o cuidado dos familiares, com ênfase para um estilo de vida mais saudável, livre de alguns fatores que poderão agravar a situação de saúde dos idosos, se não forem controlados adequadamente.

A filha da senhora **Dara**, tem se preocupado com o bem-estar da mãe, procurando deixá-la tranqüila, como forma de evitar uma elevação nos níveis de pressão arterial. O esposo, portanto, considerado muito nervoso, já não dispõe de tanta paciência no convívio diário. Apesar de alguns contratempos, a família da entrevistada tem servido de suporte, para ajudá-la na manutenção do estado de saúde.

Dona **Helen** referiu, no decorrer da entrevista, ser uma pessoa muito feliz, uma vez que recebe muito carinho e atenção dos filhos e netos. Constrangendo-se apenas ao falar do alcoolismo do genro.

A filha, referida em seu discurso, é muito dedicada, cuidando da mãe de forma intensiva, com intuito de contribuir para um estilo de vida saudável. A idosa, em referência, finaliza a entrevista dizendo que Deus foi muito generoso com ela, já que a filha a trata com muito "zelo".

Geralmente, um dos filhos tem uma relação mais próxima com os pais. Essa escolha está ligada à proximidade e também a uma resposta positiva que o filho oferece às necessidades apresentadas pelos pais (Torres, 2000).

Diante de tudo que foi dito, refletimos, mais uma vez, a respeito da necessidade da família do idoso portador de hipertensão arterial se envolver no processo terapêutico, principalmente no que se refere ao tratamento não medicamentoso.

Desse modo, o Consenso Brasileiro de Hipertensão (Consenso, 1998), revela ser de fundamental importância o envolvimento dos familiares do hipertenso, na busca das metas a serem atingidas pelas modificações do estilo de vida

Lopes & Araújo (1998), aplicando o processo de enfermagem a uma paciente com problemas cardíacos, observaram que alguns modos adaptativos, por se fazerem presentes no âmbito interno da pessoa, necessitam de uma atenção mais cuidadosa, com a participação de outras pessoas, sobretudo de familiares.

Se, por um lado, os idosos referidos anteriormente, tiveram o apoio dos familiares, outros não puderam contar com a mesma sorte, conforme as falas de **Abnara, Fernanda e Leila:**

"Ajuda não, porque nunca mesmo ajudaram (família)...uns nem ligam. Tem uns, esse que largou a mulher nunca mais pisou nem aqui..."(ABNARA)

"...ou, esse filho, esse menino é quem mais me tira da saúde, porque eu me preocupo muito com ele. É um menino bom, tudo...sabe? Se dá com todo mundo, mas bebe demais...tá se acabando na bebida. Aí, quando ele tá assim às vez eu fico muito nervosa, sabe?" (FERNANDA)

"A família tem contribuído no tratamento: deixa pra lá se essa égua velha amanhecer morta pra lá, a gente enterra((risos)). Não, nem ligam. Eu vou dormir, amanheço o dia, eles num perguntam nem se eu tô boa, se eu tô viva. Se amanhecer o dia e tiver morta, é só tirar pra fora. Mas isso é da vida mesmo, né?..."(LEILA)

Nas entrelinhas da fala de **Fernanda**, observamos que o alcoolismo do filho é algo que a deixa muito nervosa e preocupada, funcionando como um estímulo contextual, capaz de alterar o seu estado de saúde, levando ao aumento dos níveis de pressão arterial, segundo relato da própria entrevistada.

A senhora **Leila** deixou transparecer, em vários trechos da entrevista, sentimentos de revolta em relação à convivência com a sua família. O descaso, por ela relatado, é gerador de grandes conflitos, permitindo, em alguns momentos, a instalação de sentimentos de ansiedade, solidão e depressão. Nesse sentido, Grinberg & Grinberg (1999) enfatizam que a indiferença com que os idosos são tratados, no meio em que vivem, faz com que entrem em um processo de solidão, considerado o mais doloroso tipo de ansiedade para o indivíduo.

A estrutura familiar atual, enfatiza a independência. Os filhos querem acreditar que a melhor solução, para os pais, é morar sozinhos, assumir uma vida ativa, mesmo que isso não seja condizente com as suas reais necessidades (Torres, 2000).

É perceptível que, com o envelhecer, o idoso se torna mais dependente do convívio com outras pessoas, permitindo, assim, a troca de experiências, carinho e afeto. Essas relações são capazes de contribuir, positivamente, na manutenção do seu estado de saúde. Desse modo, percebemos a inter-relação entre os modos adaptativos de Roy, uma vez que uma relação de Interdependência adequada, poderá promover

bem-estar físico e mental, permitindo a elevação no autoconceito, com contribuições evidentes para um melhor desempenho de papéis. Frente a essa questão, justificamos a importância do indivíduo adaptar-se, continuamente, considerando os modos fisiológico, autoconceito e desempenho de papéis. Neste sentido, a enfermeira poderá intervir, uma vez que tem, como meta, promover a adaptação do indivíduo, considerando os quatro modos adaptativos aqui referenciados.

Seguiremos, agora, com a reflexão a respeito de outros sistemas de apoio, utilizados pelos idosos (vizinhança, grupo de idosos e igreja), conforme ilustrado a seguir.

Dara, Eucléia, Fernanda e Leila, demonstram em seus discursos a importância dos vizinhos como sistema de apoio:

"E afinal o bairro onde eu moro o povo me adora. Acredita? Aqui eu cheguei no dia 12 de agosto de 81, aqui mesmo. Graças a Deus...eu gosto de todo mundo, minha família é no Rio Grande do Norte... aí a gente precisa fazer amizade pra fazer uma família, onde a gente mora, né? Fazer uma família..." (DARA)

"...Me dou bem com as pessoas, graças a Deus. Num sou assim essa pessoa de andar na casa dum, na casa doutro, mas me dou com todo mundo. Eu passo na rua: 'Ei, Dona F...'. Falo com todo mundo que me conhece, mas eu gosto muito de viver dentro da minha casa..." (EUCLÉIA)

"Me dou, graças a Deus mulher. Até que eu tenho sorte com os meus vizinhos. Tudo são bom pra mim..." (FERNANDA)

"...Eu me dou com as pessoas, com os vizinhos, me dou bem. Num me dou assim pra tá de dentro pra fora, mas pra mim ficar...eu me dou bem..." (LEILA)

Torres (2000) refere que, com a idade, o conteúdo das relações com a vizinhança, passa a ter novos significados, podendo levar o idoso a atribuir aos mais chegados, papéis que estariam reservados às pessoas da família.

Ainda no que se refere ao sistema de apoio, o senhor **Gabriel** demonstrou um grande carinho pelas crianças que moram perto de sua residência e que têm contribuído, de forma significativa, para o seu bem-estar, fazendo com que se sinta uma pessoa útil e amada:

"Eu quero bem as pessoas, as criança...sou doido por criança, sou doido por criança. Toda criança me quer bem. Tem uma menina aí, que já tá moça tem quase 15 anos, tem outra lá acolá também que já tá se pondo moça, tudo me chama de vô desde pequenininha só me chama de vô. Acho que é pelo meu jeito...ainda hoje chama avô. Outro dia eu ia mais uma acolá, ela me acompanhou que ia deixar esse menino no colégio e ela ia pro colégio também. Aí, chegou uma amiga dela e disse: "Quem é esse?" Ela disse: "É meu avô!". Sem ser, num é nem parente (Risos), mas me acostuma a chamar de vô...e o jeito que tem é receber..."(GABRIEL)

É freqüente o uso de tratamento familiar com pessoas da vizinhança, principalmente das crianças em relação aos idosos, chamando-os de avô, avó, tia, tio, mesmo sem existir o laço consangüíneo (Torres, 2000).

Outro sistema referido foi o grupo de auto-ajuda, de acordo com **Abnara, Dara, Jéssica e Leila:**

"Pois sim... pois é.... como eu já deixei (grupo), porque num podia mesmo, num tinha... como é que eu ia? Mas aí, agora sim, as meninas vão e eu vou...Ave Maria, eu gosto muito..." (ABNARA)

"...Quando eu cheguei lá (Grupo de idosos), a primeira vez... tão acanhada, porque quando a gente vai num canto que num conhece

ninguém, né? (Risos) Mas aí, mas agora eu já tô lá...graças a Deus. Gosto, gosto muito... Eu falhei aí uns dia, porque... umas semana, por causa que ele(esposo) tava doente, né?...Agora, essa semana se Deus quiser eu vou" (DARA)

"E eu gosto do grupo de idosos daqui também...Deixei mais de ir, porque tava com esses dois netos. Mas agora a mãe tomou conta, agora amanhã eu vou se Deus quiser. Eu gosto, eu gosto, gosto bastante..." (JÉSSICA)

"Fora de casa eu costumo só passear mesmo. Às vezes, saio por aqui, por ali, mas num saio pra longe não, é difícil...E o grupo de idosos eu gosto de ir..." (LEILA)

Muitas vezes, o idoso não se sente feliz com a situação de estar morando só, sem o convívio dos filhos, netos ou outros parentes. Vivem de lembranças e saudades, deixam de ser o centro da estrutura familiar. A partir dessa realidade, é preciso que busquem outras fontes de apoio para um viver mais compensador. A inserção, em algum grupo de auto-ajuda para a terceira idade, poderá ser um grande começo, contribuindo para o desenvolvimento de outras relações de interdependência.

A esse respeito, Torres (2000) comenta que as conversas que podem trazer um passado rico de confidências, troca de experiências, comentários sobre a vida e o mundo, tornam-se cada vez mais raras. O idoso vê parte dos seus vínculos serem destruídos, não consegue mais compartilhar suas lembranças com os filhos, netos e amigos. Lança mão, então, das relações extra familiares para poder sobreviver.

É válido observar que, apesar do grupo de auto-ajuda ser considerado importante fonte de apoio, atualmente, as idosas estão um pouco ausentes das atividades lá desenvolvidas, tendo como justificativa a falta de tempo, limitações físicas, necessidade de ficar em casa cuidando dos netos, dentre outras.

A senhora **Beatriz** deixou claro, em seu discurso, que a igreja e todas as relações afetivas construídas lá, têm uma grande importância na sua vida:

"...Quer dizer que lá na igreja o pessoal gosta muito de mim. Quando chego ali, um me abraça, outro me cheira, é aquela fofoca"
(**BEATRIZ**)

Continuaremos a discussão, destacando os discursos de **Beatriz e Dara**, que tiveram que enfrentar a perda de um filho:

"...depois que eu senti, que eu vi as mudança, depois que ela (filha) morreu. Foi que eu vim sentir que tava com a pressão alta. Aí, eu fiquei nervosa... aí foi quando começou..." (**BEATRIZ**)

"Eu vou falar só aqui...poucas palavras...Aliás, faz 20 anos que meu filho morreu, meu filho faleceu...pra mim eu também morri (olhos cheios de lágrimas, sofrimento, desencanto)...porque ele era um filho muito bom, um filho que nunca me deu trabalho" (**DARA**)

A perda de um ente querido, principalmente de um filho, é algo bastante doloroso para o idoso, conforme pudemos observar nos discursos. Essa perda, especialmente no caso de **Dara**, funciona como estímulo residual, capaz de provocar sofrimento e desencanto. Na concepção da idosa, o falecimento do filho provocou a sua morte em vida. Ao falar da perda, demonstrou desconforto e seus olhos se encheram de lágrimas.

Perdas doem muito, mas é necessário e até saudável entrar em contato com elas, expressando as emoções delas decorrentes, que são naturais e precisam ser vivenciadas, para que fluam normalmente, não ficando estagnadas, prejudicando a saúde. O adeus tem que ser dado, sentido, chorado, expresso em palavras. Conversar a respeito da perda, falar o que se sente, desabafar, ajuda a elaborar a perda e a transmutar a energia (Pereira & Vieira, 1996).

Outro fator de perda referido, foi a morte do cônjuge, conforme indicam os discursos de **Beatriz e Cléo**:

"Quando eu tinha meu velho era bom, porque a gente sempre saía...onde eu ia, eu ia com ele. Ele gostava de sair quando ele não tava trabalhando" (BEATRIZ)

"...Do sítio, eu gostava muito. Mas, agora eu num gosto mais muito, eu vou lá porque é o jeito, mas eu não me sinto bem lá. Eu pelejo pra mim sentir bem, mas eu num me sinto. Lá é bom...pra quem... mas como eu já perdi a minha pessoa querida lá, eu num me sinto bem..." (CLÉO)

Certos acontecimentos marcam o processo de envelhecimento: o término da criação dos filhos, a aposentadoria e a dissolução do laço matrimonial por falecimento (Torres, 2000)

Os acontecimentos referidos pela autora, promovem, muitas vezes, um sentimento de tristeza e solidão, considerando que ocorre uma quebra nos laços afetivos, principalmente no caso da viuvez. A morte do cônjuge é algo bastante constrangedor e doloroso para o idoso, uma vez que terá que se adaptar ao vazio promovido por mais uma perda. Além disso, alguns idosos, vêem essa perda como um indicativo de morte iminente.

Cléo revelou, durante a entrevista, que apesar de manter contato com os seus familiares, sente falta de uma companhia para sair, conversar e se distrair. Relatou ainda que, se fosse mais nova, gostaria de casar novamente. Chegou até a conhecer um viúvo, mas logo perdeu o interesse.

A senhora **Beatriz** também sente falta de alguém que a acompanhe, mencionando uma certa solidão, apesar de estar cercada por netos e bisnetos.

Nessa lógica, Almeida et al. (2000) reconhecem que a solidão é um sentimento comum, entre aqueles que envelhecem, seja em função do pouco contato com as pessoas do cotidiano, seja em função da falta de companhia, advinda do número reduzido de familiares e/ou amigos.

Os mesmos autores prosseguem, referindo que a aflição ou angústia são outros aspectos de grande importância no envelhecimento, podendo estar relacionados à perda de parentes próximos ou de amigos, seja por morte, seja por mudanças de residência.

A morte do cônjuge tem funcionado como um estímulo residual, capaz de permitir a quebra nas relações com o *outro significante*. Nessa perspectiva, refletimos que os idosos costumam construir uma relação sólida com seus cônjuges, com predominância da troca de amor, carinho e respeito. A partir da interrupção desse laço com o *outro significante*, os idosos sentem-se desconfortáveis. É preciso, então, que estabeleçam estratégias de apoio complementares, seja através da participação em grupos de auto-ajuda para terceira idade, seja através da participação em atividades ocupacionais, religiosas ou de lazer, promovendo a formação de um novo sistema de apoio.

4.3.5 Mecanismos de Enfrentamento

Neste capítulo, procuramos descrever os principais mecanismos de enfrentamento utilizados pelos idosos para um viver compensador. Fazendo uma breve revisão, podemos mencionar que uma vez ativados pelos estímulos focais, contextuais e

residuais, os mecanismos de enfrentamento irão desencadear respostas, que poderão ter um caráter adaptativo ou ineficaz (Roy & Andrews, 1999).

O enfrentamento das situações internas ou externas, é necessário para a manutenção da integridade do indivíduo. Sobre enfrentamento, Vieira et al. (1999, p.13) revelam que:

"Enfrentamento diz respeito às várias maneiras como os indivíduos reagem aos desafios do meio ambiente e às situações novas, para as quais não existem respostas prontas. Essas respostas adaptativas são desenvolvidas com o objetivo de solucionar problemas e ajustar o indivíduo às exigências impostas da melhor maneira possível, respostas estas que estejam disponíveis naquele determinado momento e contexto, que tenham o menor investimento energético e o mínimo de desgaste emocional e conseqüências pessoais".

A fé em Deus foi um dos mecanismos mais utilizados pelos idosos (**Abnara, Beatriz, Cléo, Dara, Eucléia, Fernanda, Helen, Jéssica e Leila**). Seguem-se, a respeito, algumas falas ilustrativas:

"...tem hora que me dá assim aquele arrocho, vontade de chorar e eu me privo para não chorar, para os menino não vê... Às vez, eu saio lá para debaixo dos pés de cajueiro, das mangueiras. Aí, lá eu choro, eu peço força a Deus..." (CLÉO)

"...eu tenho que ter calma para poder ter um pouco de saúde. Pois é... mas eu sou tão nervosa, minha filha... qualquer coisa eu tô me aperreando. Mas aí eu peço força a Deus e me controlo..." (DARA)

"... tem dia que eu quero assim me desesperar da vida, mas na mesma hora eu penso e tenho fé em Deus, confio que um dia eu vou ficar boa" (FERNANDA)

"...é só em que eu mais me confio é na proteção de Deus... eu gosto muito de rezar. Aí quando às vez eu sinto qualquer coisa, eu vou orar a Deus, pedir que Deus faça em mim que se cumpra a vossa vontade e não a minha...E aí chega mais uma coragem, um conforto na minha pessoa, é pelo poder de Deus..." (HELEN)

"...Só o que eu peço a Deus agora é saúde, porque é a coisa mais importante que a gente tem na vida. Com saúde você vai para aqui...você trabalha, você conversa..."(LEILA)

No discurso de **Cléo**, percebemos que a idosa costuma buscar o apoio de Deus para enfrentar melhor os problemas da vida cotidiana. Segundo o seu relato, durante o processo de entrevista, busca sempre ser uma pessoa alegre e feliz, apesar de sentir muita falta do esposo, motivo maior do "arrocho" referido em seu discurso.

Dara tem consciência que a calma é imprescindível para uma manutenção adequada do estado de saúde. Percebemos, com isso, que está tentando mudar o seu comportamento, partindo da premissa que o estresse e o nervosismo, se não controlados adequadamente, poderão influenciar, sobremaneira, os níveis da sua pressão arterial, interferindo, diretamente, na expectativa de vida. O autocontrole almejado, tem sido desenvolvido em função da grande fé que tem em Deus.

O processo de adaptação ocorre, não raro, de forma inconsciente, quando, por exemplo, o indivíduo entrega a Deus os seus sofrimentos. Não há uma ação deliberada de ajustamento mas, o fato de transferir o sofrimento inevitável a um ente superior, no nosso caso, Deus, é uma estratégia eficaz de se livrar do fardo que, sozinho não seria capaz de carregar. Essa maneira de lidar com o estresse, advindo da realidade, da sensação ou sentimento de perda, estende-se a vários espaços, onde houve limitação ou incapacidade de realizar tarefas antes possíveis. Assim, o idoso transfere, ou

melhor, divide com um ente mais forte, a sobrecarga que é viver em um mundo não adaptado às suas demandas específicas (Silva & Varela, 1999).

Além do apoio de Deus para uma melhor adaptação ao processo de vida atual (envelhecimento e terapêutica), houve menção de outros mecanismos de enfrentamento, tais como: apoio da família e do grupo de idosos; realização de atividades ocupacionais e de lazer. Na população estudada, como em outras, a religiosidade é bastante presente, servindo tanto como forma de resignação aos eventos da vida, como também de conforto e mecanismo de enfrentamento.

A família também foi citada como importante fonte de apoio. Araújo & Lopes (1999), ao realizarem estudos com doentes cardíacos, perceberam a forte influência do componente familiar, como estímulo ao enfrentamento de problemas oriundos desta condição.

Nesse sentido, os idosos demonstram a importância dada à família, para um melhor enfrentamento das dificuldades encontradas:

*"Eu tenho o apoio da Maria Ivone, da Socorro, da Lucineide...
Com auxílio delas. Meus filhos me dão auxílio..." (BEATRIZ)*

*"Eu procuro enfrentar as mudanças na minha vida após a
pressão alta com apoio dos meus filhos, porque a minha vida é os
meus filhos. Graças a Deus, eu adoro eles... É viver feliz, dá logo
um passo para frente, esquecer do passado e viver o presente"
(JÉSSICA)*

Os discursos de **Beatriz e Dara** revelam a importância que é dada às relações de interdependência, como meio de permitir não só a troca de afeto, mas, também a construção de mecanismos compensatórios mais sólidos.

Lopes et al. (1999a) em estudo sobre o modelo teórico de Roy, revelam que o objetivo básico do modo de interdependência, é a promoção de uma resposta adaptativa, capaz de levar a uma adequação afetiva, tida como sensação de segurança que nutre o relacionamento com os outros. Para tal, faz-se necessária a presença de sistema de suporte.

Outro suporte referido foi o Grupo Vida, que é sentido como um ambiente de distração, de movimentação, de alegria e de prazer:

"... para o Grupo Vida, para lá sempre eu vou, gosto... acho muito bom, há diversão para gente. Me sinto bem" (BEATRIZ)

"...Agora, que eu fui (ao grupo de idosos) duas vezes...mas adorei, gostei demais e eu gosto mesmo dessas coisas de animar, de ter assim...assim de desenvolver algum tipo de coisa para a gente fazer, para a gente...aquilo tudo é diversão e distração, né? Eu gosto muito" (EUCLÉIA)

"Ave Maria, o grupo de lá (Grupo Vida), quando eu num tô assim viajando eu num falto não. Eu gosto, é muito bom, só aquela atenção que dão a gente, só aqueles exercícios também que faz com a gente, já é uma coisa que ajuda muito a gente. Eu gosto, já tô acostumada lá... eu acho é bom..."(FERNANDA)

"Gosto também do Grupo de Idosos, gosto de participar..." (JÉSSICA)

O grupo é referido como algo muito importante, não só por permitir um envelhecimento mais saudável, mas por promover, também, uma ocupação, desvinculando o idoso de uma possível ociosidade.

Ferraz & Peixoto (1997) referem que a ociosidade pode ser um determinante de sentimentos de não realização, da falta de perspectivas, de inutilidade, interferindo no autoconceito e na auto-estima. Ao investigar a qualidade de vida de um grupo de

idosos, inseridos em uma instituição pública de recreação, os mesmos autores constataram que os idosos encontraram na instituição, alternativas de manutenção do convívio social e de envolvimento em atividades físicas, recreativas e ocupacionais, levando-os a ter uma percepção de auto-realização, felicidade e bem-estar, parâmetros mais significativos na avaliação da qualidade de vida.

Lopes et al. (1999b), fazendo menção às mudanças constantes do mundo moderno e sua influência no estilo de vida das pessoas, acreditam que o trabalho em grupo, poderá contribuir para a melhoria da qualidade de vida. Além disso, possibilita o estabelecimento de ajuda como estratégia para a percepção, discussão e aprendizado de habilidades, que venham a contribuir para um redirecionamento e conseqüente mudanças de determinados hábitos e atitudes que influenciam a vida diária.

Outro aspecto importante para a manutenção de um melhor estilo de vida, citado por alguns idosos, foi a execução de atividades ocupacionais e recreativas, bem como o contato com outras pessoas, participantes do sistema de apoio. Vejamos:

"...quando a mão tá assim mais ou menos, eu vou fazer crochê, porque eu num quero ficar sem..."(ABNARA)

"Eu gosto muito de andar, gosto muito de passear, mas nem todo o tempo dá para passear..." (BEATRIZ).

"Eu gosto de jogar dominó...eu gosto de conversar, dessas coisas assim que eu gosto..." (CLÉO)

"...se eu estou em casa eu estou sempre fazendo um crochêzinho, estou fazendo qualquer coisa...para num ficar assim pensando. E é bom para gente se movimentar, né? " (EUCLÉIA)

...Eu que num gosto de tá parada, eu num gosto de tá parada não..." (FERNANDA)

"Às vez, eu faço alguma coisa...eu fiz até um crochê, fiz umas varandas para uma rede, viu? (risos)..." (HELEN)

Os discursos revelam práticas afirmativas de vida, com ênfase para atividades que permitam o movimento. Os idosos procuram utilizar os recursos existentes. Buscam, em verdade, uma qualidade de vida.

Abnara, por possuir uma certa restrição de movimentos em uma das mãos, utiliza o crochê como meio de prevenir uma atrofia muscular. Além de estar movimentando as mãos, está realizando algo que lhe dá muito prazer e a sensação de que ainda é capaz de produzir algo. Sente-se útil, por assim dizer. Percebemos, de maneira geral, um bom enfrentamento diante das mudanças.

Para enfrentar as mudanças, é também importante a capacidade de realizar atividades que facilitem lidar melhor com elas. Cada um pode escolher, por exemplo, entre andar diariamente, movimentar-se de alguma forma, e ficar apático, passivo, acomodado, sentado o dia inteiro em frente à televisão, o que não é nada saudável (Pereira & Vieira, 1996).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos achados, podemos revelar que os idosos apresentaram limitações, e até mesmo seqüelas decorrentes do processo mórbido. Inicialmente, a mudança na capacidade funcional, foi geradora de grandes conflitos, pelo fato de impedir atividades, antes desenvolvidas.

Como seria de esperar, diversas alterações foram observadas no modo fisiológico, destacando-se aquelas inseridas na função de atividade e repouso. Os idosos, principalmente aqueles que foram vítimas de Acidente Vascular Cerebral, relacionaram seqüelas, capazes de afetar a locomoção e o desenvolvimento de algumas tarefas cotidianas. A dor física, trazendo limitações diversificadas, foi também um fenômeno muito citado. Desse modo, percebemos que a convivência com uma dor crônica, leva a inúmeras respostas ineficazes, como insônia, perda de apetite, diminuição de atividades, dentre outras. Os idosos relataram ainda a sensação de perda ou diminuição da sensibilidade táctil, caracterizada por percepção de "dormência", levando à limitação da mobilidade física. Outras alterações do modo fisiológico relacionadas foram: perda de memória, desconforto respiratório e cansaço.

No que se refere ao autoconceito, percebemos que ao conviver com a hipertensão, alguns idosos experienciaram sentimentos de medo, angústia e insegurança, refletindo, diretamente, na definição do autoconceito. O adoecer traz consigo uma série de estereótipos, principalmente se tiver um caráter crônico, ao exemplo da HA. A partir desta fase, passaram a considerar o processo terapêutico como uma alternativa satisfatória para a manutenção de um melhor estilo de vida, sentindo-se, portanto, pessoas mais saudáveis e dispostas.

Colocamos, em evidência, que uma parcela significativa dos idosos, conseguiu assumir um papel definido em relação ao seguimento terapêutico, especialmente, o não farmacológico. Já o farmacológico, foi referido pelos idosos como mais difícil de seguir, tendo como justificativa mais evidente, algum tipo de déficit de memória.

Nas relações de interdependência, boa parte dos idosos citou a estrutura familiar, como pilar de sustentação para um melhor seguimento da terapêutica. Além da troca de amor e carinho, os idosos sentiram-se protegidos e cuidados pelos seus familiares, os quais buscam, no convívio cotidiano, promover uma melhor qualidade de vida. Nesse sentido, refletimos a respeito da importância do envolvimento da família do idoso portador de hipertensão arterial, para a manutenção de um estilo de vida mais saudável, com contribuições evidentes para um envelhecer bem-sucedido.

As respostas eficazes dos idosos (mecanismos de enfrentamento) às situações adversas, provenientes do momento de vida atual, corresponderam à fé em Deus, apoio da família, realização de atividades ocupacionais e de lazer. Apesar de todas as perdas sentidas e referidas, os idosos buscam uma melhora no estado de saúde, e, desse modo, procuram se manter física e mentalmente ocupados. Com isso, observamos que, mesmo com certas limitações, tentam desenvolver práticas afirmativas de vida, em busca de uma longevidade, com mais qualidade de vida.

Observamos que as reais necessidades dos idosos, estão inseridas na inter-relação do modo fisiológico com os modos psicossociais (autoconceito, desempenho de papéis e interdependência). Isso revela a importância de uma assistência de enfermagem mais holística, voltada não apenas ao biológico, mas englobando todo o complexo bio-psico-social/espiritual, necessário ao processo terapêutico da hipertensão arterial.

Percebemos que, para os idosos, as alterações do modo fisiológico (dor, dificuldade de locomoção, diminuição da sensibilidade, entre outras) são importantes, na medida que interferem, direta ou indiretamente, no seu autoconceito, desempenho de papéis e interdependência.

Na avaliação do modo de interdependência, foram evidenciados não só comportamentos ineficazes, relacionados à hipertensão arterial, mas também às perdas do outro significativo (filho e esposo).

Na avaliação dos comportamentos dos diferentes modos, especialmente os de natureza psicossocial, percebemos a grande inter-relação existente. Quando um estímulo interno ou externo provoca uma resposta no indivíduo, esta demonstra, claramente, o holismo, pois o sistema (pessoa) funciona como um todo, representando muito mais do que a soma de suas partes.

Esta noção da pessoa como um todo, evidenciada claramente nos discursos, deve ser considerada na abordagem junto a esses idosos.

Os achados do nosso estudo, deverão retornar ao grupo abordado, modificando as estratégias utilizadas para o cuidado, procurando-se selecionar ações de enfermagem que favoreçam a adaptação dos idosos ao diagnóstico e ao tratamento da hipertensão arterial. O fortalecimento das fontes de apoio mencionadas, inclusive pelos próprios idosos, deve ser bastante estimulada. Isto significa valorizar as expressões e práticas de religiosidade e de vivência em grupo, mas, acima de tudo, a compreensão da importância da família no processo adaptativo dos idosos. A família deve ser incluída, obrigatoriamente, no planejamento do cuidado e nas intervenções, dada a importância

evidenciada, e já comentada, nos discursos de seu papel, tanto no processo adaptativo, como nos modos de enfrentamento.

Acreditamos que a realização deste estudo, contribuiu de forma significativa para um olhar mais reflexivo a respeito da nossa prática profissional, enriquecendo-a e tomando possível o desvelar de realidades, antes pouco conhecidas. Estudos posteriores, que avaliem melhor como a família pode realmente trabalhar em conjunto com a enfermagem, devem ser realizados para melhor sistematização das ações.

O desenvolvimento das demais etapas do processo de enfermagem, preconizado por Roy & Andrews (1999): *diagnóstico, estabelecimento de metas, intervenção e evolução*, também deve acontecer de maneira organizada e com avaliação dos resultados, de modo que possam redundar em conhecimento adquirido e consolidado, servindo de base para que futuramente possamos promover aos idosos uma melhor adaptação à terapêutica da hipertensão arterial.

ABSTRACT

We aimed to investigate the adaptative process of arterial hypertension patients, related to the aging and the therapeutical joining need which consists besides the use of medicines, changes in the lifestyle. This is a descriptive research, developed in Fortaleza-CE, counting on the participation of eleven old-aged people, during the period of March to June of 2000. During the interview we used a route for data collection based on the Roy's model, including therefore, the physiological manners, self- concept, acting of roles and interdependence. For the data collection process accomplishment, all the ethical precepts considered important for the research development involving human beings, were respected. After the collection of data, the speeches were transcribed, organized according to presupposes of the structural analysis and analyzed due to the theoretical references of Roy. According to the findings, we can reveal that old-aged people presented limitations and even sequels in consequence of arterial hypertension. As we were expecting, several alterations were observed in physiological way, being eminent those involved in the activity function and rest function. The old-aged persons, mainly those who were Cerebral Vascular Accident victims, related sequels that were capable to affect the locomotion and the realization of some daily tasks. The physical pain, bringing varied limitations, was also a very mentioned phenomenon. Doing this way, we noticed that the coexistence with a chronic pain takes to countless ineffective responses, as insomnia, appetite loss, decrease of activities, among others. The old-aged persons still mentioned the sensation of loss or decreasing of tactile sensibility, characterized by the perception of dormancy, taking to the limitation of physical mobility. Other alterations in the physiologic way related by they were: loss of memory, breathing discomfort and fatigue. In what refers to the self-concept, we noticed that when living together with the hypertension, some old-aged patients feel fear feelings, anguish and insecurity, reflecting directly in their self-concept. We put in evidence, that a significant portion of these patients were able to assume a defined role in relation to the therapeutical following, especially, in what refers to non pharmacological actions. In the interdependence relationships, a great deal of advanced in age patients mentioned family structure as a sustentation beam for a better therapeutic following. The patients effective responses (mechanisms of confrontation) to adverse situations which came from their current life moment, were attributed to the faith in God, family support and the accomplishment of occupational and leisure activities. We conclude that, in spite of all the losses felt and referred, the patients look for an improvement in health condition, so they try to stay physically and mentally busy. We also observed that even with certain limitations, they try to develop affirmative life practices, searching for a bigger longevity. We believe that the accomplishment of this study had contributed in a significant way to a more reflexive view related to our professional practicing, enriching it and turning possible the reality elucidation, which was before unknown.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, D.T.; MESQUITA, G.C.; SILVA, L.F. Qualidade de vida e percepção do envelhecimento sob a ótica do idoso. **RECCS**, Fortaleza, v. 13, n. 12, p. 27-33, 2000.
2. ALMEIDA, M.I.; SILVA, M.J.; ARAÚJO, M.F.M. Grupo vida: adaptação bem sucedida e envelhecimento feliz. **Rev. Assoc. Saúde Pública Piauí**, v. 1, n. 2, p. 155-162, jul./dez. 1998.
3. ANGELO, M. O contexto familiar. In: DUARTE, Y.A.O.; DIÓGO, M.J. D'E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 3, p. 23-31.
4. ARAÚJO, T.L.; LOPES, M.V.O. A importância da família no comportamento do modo autoconceito. In: ALVES, M.D.S.; PAGLIUCA, L.M.F.; BARROSO, M.G.T. **Cultura e poder nas práticas de saúde: sociedade, grupo, família**. Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC, 1999. pt.3, cap. 5, p. 145-153.
5. ARAÚJO, T.L.; MACIEL, I.C.F.; MACIEL, G.G.F.; SILVA, Z.M.S.A. Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v. 8, n. 2, supl. A, p. 1-6, mar. /abr. 1998.

6. ARMAGANIJAN, D.; SAMPAIO, M. F.; BATLOUNI, M. Intervenções nos diferentes grupos: crianças, adolescentes, mulheres e idosos. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v. 6, n. 5, p. 649-656, set./out. 1996.
7. ASSIS, M. O envelhecimento e suas conseqüências. In: CALDAS, C. P. **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998. unid. 2, cap. 2, p. 39-48.
8. BERGER, L. Saúde e envelhecimento. In: BERGER, L.; MAILLOUX- POIRIER, D. **Pessoas idosas: uma abordagem global**. Lisboa: Lusodidacta, 1995a. cap. 8, p. 107-121.
9. BERGER, L. Aspectos biológicos do envelhecimento. In: BERGER, L.; MAILLOUX- POIRIER, D. **Pessoas idosas: uma abordagem global**. Lisboa: Lusodidacta, 1995b. cap. 9, p. 123-155.
10. BERQUÓ, E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: NERI, A. L.; DEBERT, G. G. **Velhice e sociedade**. São Paulo: Papyrus, 1999. cap.1, p. 11-40.
11. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece Critérios sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2, Supl.,1996, p. 15-25.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. **Doenças cardiovasculares no Brasil, Sistema Único de Saúde-SUS**. Brasília, 1993. 36p.
13. CABRAL, I.E.; TYRREL, M.A.R. O objeto de estudo e a abordagem de pesquisa qualitativa na enfermagem. In: GAUTHIER, J.H.M.; CABRAL, I.E.; SANTOS, I., TAVARES, C.M.M. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap.2, p. 18-29.
14. CARVALHO FILHO, E.T.C.; PASCHOAL, S.M.P. Coração do idoso: envelhecimento cardíaco. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v. 6, n. 4, p. 499-508, jul./ago. 1996.
15. CHRISTENSEN, P.J. Assessment data collection of the individual client. In: CHRISTENSEN, P.J.; KENNEY, J.W. **Nursing process: application of conceptual models**. 4th ed. St. Missouri: Mosby, 1995. p.70-77.
16. CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 3., 1998, Campos do Jordão. **Anais...** Campos do Jordão: Sociedade Brasileira de Hipertensão, 1998. 38p.
17. CRUZ, I.C.F.; BELÉM, L.P.; CARVALHO, M.S.; ARAÚJO, F.C.A. O cliente/família com hipertensão arterial essencial: considerações sobre o diagnóstico e tratamento

- de enfermagem na consulta. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p. 71-76, maio 1995.
18. CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 15. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000. cap. 3, p. 51-66.
19. DEBERT- RIBEIRO, M. B. Epidemiologia da hipertensão arterial. In: RIBEIRO, A. B. **Atualização em hipertensão arterial: clínica, diagnóstico e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 2, p. 9-19.
20. DIOGO, M.J.D'E. Consulta de enfermagem em gerontologia. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 19, p. 209-221.
21. _____. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 75-81, jan. 2000.
22. DUARTE, M.J.R.S. Autocuidado para a qualidade de vida. In: CALDAS, C.P. **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998. unid. 1, cap. 1, p. 17-34.

23. FERRAZ, A.F.; PEIXOTO, M.R.B. Qualidade de vida na velhice: estudo de uma instituição pública de recreação para idosos. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 31, n. 2, p. 316-338, ago. 1997.
24. FRANÇA, L. Preparação para a aposentadoria: desafios a enfrentar. In: VERAS, R. **Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ/UNATI, 1999. p. 11-34.
25. GALBREATH, J.G. Callista Roy. In: GEORGE, J.B. et al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. cap. 15, p.203-224.
26. GAVIÃO, A.C.D. Aspectos psicológicos e o contexto domiciliar. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D'E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 12, p. 173-180.
27. GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 15. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000. cap. 4, p. 67-80.
28. GRINBERG, A.; GRINBERG, B. **A arte de envelhecer com sabedoria**. São Paulo: Nobel, 1999. 127p.

29. GUERREIRO, T.; RODRIQUES, R. Envelhecimento bem-sucedido: utopia, realidade ou potencialidade? Uma abordagem transdisciplinar da questão cognitiva. In: VERAS, R. **Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ/UNATI, 1999. p. 51-69.
30. HART, J.T.; SAVAGE, W. **Tudo sobre hipertensão arterial: respostas às suas dúvidas**. São Paulo: Andrei, 2000. 324p.
31. LEME, L. E.G. **O envelhecimento**. São Paulo: Contexto, 1998. 70p.
32. LESSA, I. Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis versus terceira idade. In: _____. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo: HUCITEC, 1998. cap. 12, p. 203-222.
33. LIPP, M.; ROCHA, J.C. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso**. 2. ed. São Paulo: Papyrus, 1996. 130 p.
34. LOPES, M.V.O.; VARELA, Z.M.V.; ARAÚJO, T.L. Marco conceitual para estudo da disfunção da reação de pesar em mulheres com infarto agudo do miocárdio. In: DAMASCENO, M.M.C.; ARAÚJO, T.L.; FERNANDES, A.F.C. **Transtornos vitais do século XX: diabetes mellitus, distúrbios cardiovasculares, câncer, AIDS,**

- tuberculose e hanseníase. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999a. pt. 2, cap. 6, p. 47-54.
35. LOPES, M.V.O.; ARAÚJO, T.L. Utilização da teoria de Roy e da linguagem dos diagnósticos de enfermagem: estudo de caso de um paciente com problemas cardíacos. **Rev. Min. Enfermagem**, n. 2, v. 2, p.104-110, jul./dez. 1998.
36. LOPES, M.V.O.; ARAÚJO, T.L.; RODRIGUES, D.P. Mulheres: ajuda para a qualidade de vida. In: ALVES, M.D.S.; PAGLIUCA, L.M.F.; BARROSO, M.G.T. **Cultura e poder nas práticas de saúde: sociedade, grupo, família**. Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC, 1999b. pt. 2, cap. 4, p. 87-96.
37. LOTUFO, P. A. Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: histórico, situação atual e proposta de modelo teórico. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v. 6, n.5, p. 541-547, set./out. 1996.
38. LÜDKE, M., ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99p.
39. LUNA, R. L. **Hipertensão arterial**. São Paulo: MEDSI, 1989. 301 p.

40. MAGRO, M.C.S.; SILVA, E.V.; RICCIO, G.M.G. Percepção do hipertenso não-aderente à terapêutica medicamentosa em relação a sua doença. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v.9, n.1, supl. A, p. 1-10, jan./fev. 1999.
41. MAILLOUX-POIRIER, D. Ocupar-se tendo em vista auto-realização. In: BERGER, L., MAILLOUX-POIRIER, D. **Pessoas idosas: uma abordagem global**. Lisboa: Lusodidacta, 1995. cap. 22, p. 543-551.
42. MARTINS, L.M.; FRANCA, A.P.D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n.3, p.5-18, dez.1996.
43. MOREIRA, T.M.M. **Descrevendo a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial a partir de uma compreensão de sistemas**. 1999. 179p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999.
44. NERI, A.L.; CACHIONI, M. Velhice bem-sucedida e educação. In: NERI, A.L.; DEBERT, G.G. **Velhice e sociedade**. São Paulo: Papirus, 1999. cap. 5, p.113-140.
45. OLIVEIRA, T.C. **O processo de envelhecimento e sua influência na saúde cardiovascular e ocular**. 1999. 62p. Monografia (Especialização em Enfermagem)- Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999.

46. PEREIRA, I.L.L.; VIEIRA, C.M. **A terceira idade: guia para viver com saúde e sabedoria.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1996. 268p.
47. PESSUTO, J.; CARVALHO, E. C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial . **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n.1, p. 33-39, jan. 1998.
48. POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Métodos de coleta de dados. In: _____. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995. 391p. cap. 8, p. 163- 198.
49. RIBEIRO, A. B. **Atualização em hipertensão arterial.** São Paulo: Atheneu, 1996. 231p.
50. RIFIOTIS, T. **Aldeias de jovens: a passagem do mundo do parentesco ao universo da política em sociedade banto-falantes.** Estudo da dinâmica dos grupos etários através da literatura oral. 1999, p.41-92. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
51. RODRIGUES, M. S. P.; LEOPARDI, M. T. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros.** Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. 118p.

52. ROY, S.C.; ANDREWS, H.A. **The Roy adaptation model**. 2nd ed. Stamford: Appleton & Lange, 1999. 574p.
53. SALGADO, M.A. Envelhecimento populacional: desafio do próximo milênio. **Terc. Idade**, v.10, n.14, p. 31-38, ago.1998.
54. SILVA, M.J.; VARELA, Z.M. O conceito de adaptação na terceira idade: uma aproximação teórica. **Arq. Geriatr. Gerontol.**, v. 3, n. 1, p. 25-29, jan./abr. 1999.
55. SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Assistência a pacientes com distúrbios cardíacos. In: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. 828p. v. 2, unid. 7, cap. 28, p. 551-573.
56. SOUZA, L.S. A entrevista, o imaginário e intuição. In: GAUTHIER, J.H.M.; CABRAL, I.E.; SANTOS, I.; TAVARES, C.M.M. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. cap.3, p. 30-50.
57. STEFANELLI, M.C. Jogando e aprendendo comunicação enfermeira-paciente. **Rev. Esc. USP**, v.26, p. 219-234, Ago. 1992.
58. STEFANELLI, M.C. **Comunicação com paciente: teoria e ensino**. 2. ed. São Paulo: Robe Editorial, 1993. 200p.

59. TORRES, V.L.S. **Velhice numa cidade de trópico**. Belém: Imprensa Oficial do Estado, 2000. 166p.
60. TRENTINI, M.; SILVA, D.G.V.; LEIMANN, A.H. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. **Rev. Gaúch. Enfermagem**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 18-28, jan. 1990.
61. TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.
62. VERAS, R. P. Aspectos demográficos. In: CALDAS, C. P. **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998. unid. 2, cap. 3, p. 49-50.
63. VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1998. 90p.
64. VIEIRA, E. B. **Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996. 187p.
65. VIEIRA, V.A.; TRINDADE, Z.A.; ANTUNES, N.M. Estratégias de enfrentamento: um estudo com idosos participantes de grupos de orientação e controle da hipertensão

arterial. **Rev. Soc. Cardiol. Estado São Paulo**, v. 9, n.1, Supl. A, p. 11-18, jan./fev. 1999.

66. WAJNGARTEN, M.; SERRO-AZUL, J.B. Hipertensão em idosos. In: AMODEU, C.; LIMA, E.G.; VAZQUEZ, E.C. **Hipertensão arterial**. São Paulo: Sarvier, 1997. cap. 26, p. 221-231.

7 ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO DE LEVANTAMENTO DE DADOS

1-DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Cor: _____

Estado civil (tempo): _____

Escolaridade: _____ Renda familiar: _____

Religião(qual a prática): _____

Com quem mora(Nº de pessoas que convivem na mesma residência):

Ocupação: _____

Procedência: _____ Tempo de residência em Fortaleza: _____

Descoberta da hipertensão: _____ Tempo de tratamento: _____

Local: _____ Forma de seguimento: _____

Nº de abandonos: _____ Motivo: _____

2- MODO FISIOLÓGICO, AUTOCONCEITO, DESEMPENHO DE PAPÉIS E INTERDEPENDÊNCIA.

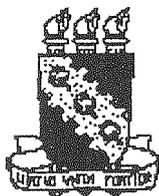
- 2.1. Ocorreram mudanças em relação a: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade/repouso, proteção, sentidos, líquidos/eletrólitos, função neurológica e função endócrina, após a instalação da hipertensão arterial e o decorrer do tratamento? Em caso afirmativo, descreva como foram estas mudanças.
- 2.2. Como segue o tratamento proposto (comparecimento às consultas, aquisição dos medicamentos, uso dos medicamentos e seguimento das medidas higieno-dietéticas)?
- 2.3. Como enfrenta as mudanças decorrentes da doença e do tratamento?
- 2.4. Como estas mudanças têm afetado seu relacionamento com outros (pessoas significativas e a sociedade, incluindo sexualidade)?
- 2.5. Ocorreram mudanças no desempenho de papéis após a instalação da doença e do tratamento? Em caso afirmativo, especifiquelas.
- 2.6. Quais as expectativas da família e dos amigos, em relação à sua pessoa, no momento atual ?
- 2.7. A sua família tem contribuído para a evolução do tratamento (medicamentoso e não medicamentoso)?
- 2.8. Que tipo de atividades desenvolve (dentro e fora do lar)?
- 2.9. Como demonstra carinho e afeição pelos outros?
- 2.10. Como os outros demonstram afeição e carinho por você?

3-OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES.

Data: -----

Assinatura- COREN

ANEXO B



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 044/2000

Fortaleza, 07 de março de 2000

Protocolo n° 24/2000

Dept°./Serviço: Departamento de Enfermagem/UFC

Título do Projeto: "Perfil adaptativo de idosos frente à terapêutica da hipertensão arterial"

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n°196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução n° 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 30 de março de 2000.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta preta de Mirian Parente Monteiro.

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê de Ética em Pesquisa
COMEPE/HUWC/UFC

ANEXO C

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Prezada coordenadora do Grupo Vida :

Valho-me do presente para solicitar de V.S.^a, a autorização que se faz necessária para realização de pesquisa, com o objetivo investigar o processo adaptativo de idosos portadores de hipertensão arterial frente ao envelhecimento e à necessidade de aderir a uma terapêutica que compreende, além do uso de medicamentos, mudanças no estilo de vida.

Gostaria de ressaltar, por oportuno, que será garantido o sigilo das identidades dos entrevistados que se dispuserem a participar da pesquisa e, ainda, que suas falas serão utilizadas apenas para fins do referido estudo.

Julgo por bem esclarecer que a pesquisa, em referência, servirá de pré-requisito para obtenção do título de mestre em enfermagem.

Certa de merecer sua costumeira atenção, antecipo-lhe meus agradecimentos.

Atenciosamente,

Taciana Cavalcante de Oliveira
(Aluna do Mestrado em Enfermagem-UFC)

ANEXO D

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO DO CLIENTE:

Através deste termo de compromisso, eu _____,
aceito participar, voluntariamente, da pesquisa intitulada "O Conviver de Idosos Portadores de Hipertensão Arterial: avaliação do processo adaptativo", sendo-me garantido, na qualidade de entrevistado, absoluto sigilo da minha identidade. Fica decidido que, a qualquer tempo, poderei me retirar da pesquisa, se assim julgar conveniente e, ainda, que tudo aquilo que eu disser, nas entrevistas, será utilizado, exclusivamente, no estudo em referência.

R.G.:

_____, _____ de _____ de 2000.