



**UNIVERSIDADE
DE LISBOA**

PROCESSOS DE CUIDAR EM ENFERMAGEM
Idosos com Hipertensão Arterial

MARIA ALICE RODRIGUES DOS MÁRTIRES

Doutoramento em Enfermagem

2013



UNIVERSIDADE DE LISBOA

com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



PROCESSOS DE CUIDAR EM ENFERMAGEM

Idosos com Hipertensão Arterial

MARIA ALICE RODRIGUES DOS MÁRTIRES

Tese orientada pela Professora Doutora Maria Arminda da Silva Mendes Costa
e co-orientada pela Professora Doutora Célia Samarina Brito dos Santos,
especialmente elaborada para a obtenção do grau de doutor em Enfermagem.

2013



Bolsa Individual SFRH/PROTEC/67573/2010

Aos meu país,
Ao Zé Carlos, ao João e à Maria,
pelo apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

À orientadora da investigação, Professora Doutora Maria Arminda Mendes Costa e co-orientadora, Professora Doutora Célia Samarina Brito dos Santos, pela disponibilidade, momentos de reflexão crítica, aprendizagem, e pelo apoio, confiança e encorajamento, contributos que foram fundamentais neste percurso. A nossa sincera gratidão.

À Direção da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, pelo incentivo na candidatura ao Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa, em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A todos os colegas da Escola, no apoio ao trabalho docente e a todos os funcionários, pelo incentivo em todos os momentos.

À Enfermeira Laurentina, Supervisora e Vogal do Conselho Clínico do Agrupamento de Centros de Saúde Alto Trás-os-Montes II – Alto Tâmega e Barroso, pelo seu incansável dinamismo.

À Enfermeira Ilda, Enfermeira Chefe do Centro de Saúde e Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade que, desde o início, apostou neste desafio.

Aos Enfermeiros do Centro de Saúde, que participaram e colaboraram com entusiasmo e competência.

A todos os idosos, inscritos na consulta de hipertensão arterial daquele Centro de Saúde, que se disponibilizaram e contribuíram, através da sua participação, para que este estudo fosse possível. Bem-hajam...

Aos Professores Doutores, Antonino Pereira, Vítor Rodrigues, Maria João Silva, por todo o apoio.

À Teresinha e à Cláudia, pelo seu contributo documental e bibliográfico.

A todos os amigos e familiares que nos incentivaram e que de algum modo participaram no “caminho” percorrido.

“Com o coração”

Muito obrigada!

RESUMO

Numa sociedade em constante mudança social, política, económica e um considerável aumento da esperança de vida e maior longevidade, os cuidados de saúde na comunidade surgem num contexto estruturante de novas práticas de enfermagem, centradas no idoso e na família. Apesar de hoje se viver mais anos, nem sempre se vive com mais qualidade de vida. Frequentemente, a vivência do envelhecimento é acompanhada por processos de morbilidade, limitadores da independência, autonomia, saúde e bem-estar, afetando o idoso e a sua família. As doenças crónicas não-transmissíveis são uma realidade que tende a aumentar, sendo a hipertensão arterial aquela que surge com maior prevalência e que, direta ou indiretamente, está na origem de mais mortes. Considerada por muitos autores como a “doença silenciosa” é, muitas vezes, entendida pelas pessoas idosas como uma inevitabilidade associada ao processo de envelhecimento. Os cuidados de enfermagem são fundamentais para promover a saúde e prevenir as complicações resultantes de doenças crónicas já instaladas, como a hipertensão arterial, cujo controlo passa por um regime terapêutico farmacológico e não-farmacológico, como são os estilos de vida e comportamentos saudáveis para a manutenção e promoção de um envelhecimento ativo e bem sucedido.

Pretendemos com este estudo contribuir para aprofundar conhecimentos que apoiam e fundamentam os cuidados de enfermagem às pessoas idosas com doença crónica, através da identificação, implementação e avaliação de terapêuticas de intervenção de enfermagem em cuidados de saúde primários, com idosos e famílias que experimentam e vivenciam processos de transição. Este estudo decorreu num Centro de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde Alto Trás-os-Montes II – Alto Tâmega e Barroso, ao longo de quatro anos, num percurso de investigação-ação, integrando várias fases sequenciais que envolveram enfermeiros, idosos e seus familiares (cônjuges), enquanto atores significativos na vivência e experiência da doença crónica – hipertensão arterial e do processo de envelhecimento. Da análise da problemática surgiu um plano de intervenção de enfermagem que resultou na co-construção de um programa de carácter educativo e de apoio psicossocial, com resultados significativos para os idosos e para os enfermeiros daquele Centro de Saúde. A diminuição e melhoria dos valores da tensão arterial sistólica e diastólica, a diminuição do peso corporal e a diminuição do perímetro abdominal, foram verificados, em ambos os sexos, no final do programa, e também se observaram diferenças significativas nas perceções dos idosos relativas ao seu estado de saúde e qualidade de vida, no que se refere à vitalidade ($p=0,001$), saúde mental ($p=0,000$) e à saúde em geral ($p=0,003$).

A implementação de um programa de intervenção de enfermagem “Cuide do seu Coração”, para além dos resultados já referidos, contribuiu significativamente para o conhecimento de processos de enfermagem facilitadores de transições, da prática clínica dos enfermeiros, revelando, por um lado, idosos mais conscientes e capacitados para o autocuidado, no que se refere à prevenção de complicações da doença crónica, melhorando as suas atitudes e comportamentos, promovendo um envelhecimento mais ativo; e, por outro lado, observamos enfermeiros mais satisfeitos e competentes nas suas intervenções com idosos, motivados com o trabalho que desenvolvem e mais capazes de contribuir eficazmente para os ganhos em saúde das pessoas que experimentam e vivenciam estados de doença crónica, respeitando a sua individualidade e dignidade humana. Os processos de cuidar em enfermagem inserem-se, cada vez mais, em estratégias de intervenção complexas que exigem ajustamentos na organização do trabalho e profissionais competentes na mobilização de conhecimentos e definição de ações, capazes de promover a tomada de decisão consciente e livre dos idosos e família para a vivência de processos de transição saudáveis.

Palavras-chave: Idosos; Envelhecimento; Hipertensão Arterial; Transições; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

In a society with constantly social, political, economic changings and a considerable increase in life expectancy and longevity, health care in the community arise in the context of structuring new nursing practices, centered on the older adults and elderly people and their families. Although we live longer, this is not always a live with better quality of lyfe. Often, the experience of aging is accompanied by processes of morbidity, limiting the independence, autonomy, health and welfare, affecting the lives of older adults and their families. The chronic non-transmitted diseases are a reality that tends to rise, as arterial hypertension that arises with greater prevalence and, directly or indirectly, is the cause of more deaths. Considered by many authors as the “silent disease” is often understood by older people as an inevitability associated with the aging process. Nursing care is essential to promote health and prevent complications from chronic diseases already presents, such as hypertension, which passes through a control pharmacological and non-pharmacological regimen, as lifestyles and healthy behaviors for maintenance and promotion succesful active aging.

We intend with this study increasing knowledge that suport and underpin the nursing care of older adults with chronic disease – hypertension, through de identification, implementation and evaluation of therapeutic nursing intervetions in primary care, with seniors and families who experience and live transition processes. This study took place in a Health Center of Group Health Centers Alto Trás-os-Montes II – Alto Tâmega e Barroso over four years, a course of action research, integrating sequencial phases and involving nurses, seniors and their family members (spouses), while significant actors in the live experience of chronic disease – hypertension and aging process. The analysis of the problems arose plan nursing intervencion that resulted in the construction of an education program and psychosocial support, with significant results for the olders and nurses in that Health Center. The reduction and improvement values of systolic and diastolic blood pressure, reduced body weight and decreased abdominal circumference, were found in both sexes at the end of the program and also significant differences in the perceptions of the olders relative to their health status and quality of life as regards the vitality ($p=0,001$) and mental health ($p=0,000$) and general health ($p=0,003$).

The implementation of a program nursing intervention “Take Care of your Heart”, in addition to the results mentioned above, contributed significantly to the knowledge of nursing facilitator transition processes in the clinical nurses practice, revealing on the one hand, older adults aware and more able to self-care, with regard to the prevention of complications of chronic disease, improving their attitudes and behaviors, promoting active aging and, on the other hand, nurses more satisfied and more competents in their interventions with older adults, motivated by the work they do and better able to contribute effectively to the health gains for the people who experience chronic disease states, respecting their individuality and human dignity. The processes of nursing care are part of increasingly on intervention strategies that require complex adjustments in work organization and competent professionals in the mobilization of knowledge and definition of actions that promote conscious decision making by olders and their families, who live and experience healthy transition processes.

Keywords: Older Adults; Aging; Hypertension; Transitions; Nursing Care.

RESUMEN

En una sociedad en constante cambio social, político y económico, y con un aumento considerable de la esperanza de vida y de la longevidad, la salud en la comunidad surge en el contexto de la estructuración de nuevas prácticas de enfermería, centradas en las personas mayores y sus familias. Aunque hoy día vivimos más tiempo, no siempre vivimos con una mejor calidad de vida. A menudo, la experiencia de envejecer va acompañada de procesos de morbilidad, lo que limita la independencia, la autonomía, la salud y el bienestar, y que afecta las personas mayores y sus familias. Las enfermedades crónicas no transmisibles son una realidad que visa aumentar, siendo la hipertensión arterial la que se presenta con mayor frecuencia y que, directa o indirectamente, es la causa de más muertes. Considerada por muchos autores como la “enfermedad silenciosa” se entiende a menudo por las personas mayores como algo inevitable asociada al proceso de envejecimiento. Los cuidados de enfermería son esenciales para promover la salud y prevenir las complicaciones de las enfermedades crónicas ya existentes, como la hipertensión arterial, cuyo control pasa a través de un régimen farmacológico y no farmacológico, como los estilos de vida y conductas saludables para el mantenimiento y la promoción de un envejecimiento activo y exitoso.

Tenemos la intención con este estudio de contribuir para aumentar el conocimiento que apoya y sustenta los cuidados de enfermería a las personas mayores con enfermedades crónicas a través de la identificación, implementación y evaluación de una intervención terapéutica de enfermería en la atención primaria, con las personas mayores y sus familias que sufren y viven procesos de transición. Este estudio se realizó en un centro de salud del agrupamiento de salud Centros de Alto Trás-os-Montes II – Alto Tâmega e Barroso a lo largo de cuatro años, un curso de investigación-acción, integrando varias fases secuenciales que implican los enfermeros, ancianos y sus miembros de la familia (cónyuges), en cuanto actores importantes en la experiencia vivida de las enfermedades crónicas – hipertensión y el proceso de envejecimiento. Del análisis de los problemas surgió un plan de intervención de enfermería que dio lugar a la construcción conjunta de un programa de carácter educativo y apoyo psicosocial, con resultados significativos para las personas mayores y para los enfermeros de ese centro de salud. La reducción y la mejoría de los valores de la presión arterial sistólica y diastólica y la disminución del peso corporal y del perímetro abdominal, fueron comprobados en ambos sexos, al final del programa, y también se observaron diferencias significativas en las percepciones de los ancianos en relación a su estado de salud y calidad de vida, relacionada con la vitalidad ($p=0,001$), salud mental ($p=0,000$) y salud en general ($p=0,003$).

La implementación de un programa de intervención de enfermería “Cuida tu Corazón”, además de los resultados mencionados, ha contribuido de manera significativa al conocimiento de procesos de enfermería facilitadores de transiciones, de la práctica clínica de los enfermeros, dejando al descubierto, por un lado, ancianos más conscientes y capaces de autocuidado, en lo que respecta a la prevención de complicaciones de la enfermedad crónica, a la mejora de sus actitudes y comportamientos, promoviendo un envejecimiento activo y bien sucedido, y, por otro lado, encontramos a los enfermeros más satisfechos y más competentes en sus intervenciones, motivados por el trabajo que realizan y en mejores condiciones de contribuir de manera efectiva para los beneficios en salud de los ancianos que sufren la experiencia de estados de enfermedad crónica, respetando su individualidad y dignidad humana. Los procesos de atención de enfermería se insertan cada vez más en estrategias de intervención que requieren ajustes en la organización del trabajo, profesionales competentes en la movilización de los conocimientos y en la definición de acciones que promuevan la toma de decisiones consciente y libre de las personas mayores para el cambio de conductas y estilos de vida más saludables.

Palabras clave: Ancianos; Envejecimiento; Hipertensión; Transiciones; Cuidados de Enfermería.

ÍNDICE GERAL

DEDICATÓRIA.....	iii
AGRADECIMENTOS	v
RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	ix
RESUMEN.....	xi
ÍNDICE DE FIGURAS	xvii
ÍNDICE DE TABELAS.....	xix
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	xxi
INTRODUÇÃO.....	1

PARTE I

ENVELHECER E SER IDOSO COM DOENÇA CRÓNICA: UMA PERSPETIVA INTEGRADORA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

1. O QUE É ENVELHECER? PORQUE ENVELHECEMOS?.....	11
1.1. As explicações científicas do envelhecimento.....	17
1.2. Manifestações do envelhecimento	23
1.3. Envelhecimento ativo, saudável e bem-sucedido	34
2. OS IDOSOS E AS DOENÇAS CRÓNICAS.....	46
2.1. A hipertensão arterial no idoso	52
2.1.1. Tratamento farmacológico e não farmacológico da HTA.....	63
2.1.2. Programas preventivos da HTA.....	83
3. CUIDAR DE IDOSOS: UMA PERSPETIVA INTEGRADORA.....	90
3.1. A enfermagem e os processos de transição nas pessoas idosas.....	96
3.1.1. Cuidados de enfermagem ao idoso hipertenso.....	103
3.1.2. O contexto familiar nos cuidados de enfermagem ao idoso hipertenso.....	107

PARTE II

IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL: DA PROBLEMÁTICA À (RE)DESCOBERTA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA COMUNIDADE

1. PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DA INVESTIGAÇÃO	113
2. MODO DE INVESTIGAÇÃO - A INVESTIGAÇÃO-AÇÃO.....	116

3. O CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO - CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS/ACES - ALTO TRÁS-OS-MONTES II – ALTO TÂMEGA E BARROSO	120
4. IDOSOS COM HTA NA CONSULTA DE ENFERMAGEM: DESOCULTANDO SABERES DOS IDOSOS E DAS INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS - A 1ª FASE DO ESTUDO	
4.1. Tipo de estudo	128
4.2. Participantes.....	128
4.3. Instrumentos de recolha de dados.....	129
4.4. Procedimentos.....	132
4.5. Considerações éticas	136
4.6. Resultados e análise da informação recolhida	137
5. (Co)CONSTRUINDO UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA IDOSOS COM HTA: APRENDER CUIDANDO – A 2ª FASE DO ESTUDO	163
5.1. A reorganização do Centro de Saúde – as unidades funcionais de saúde.....	163
5.2. A problemática contextual dos idosos hipertensos	164
5.3. Pressupostos para a conceção do programa de intervenção de enfermagem.....	166
5.4. Participantes.....	169
5.5. Estratégias para a conceção do programa de intervenção de enfermagem	169
5.6. O programa de intervenção de enfermagem “Cuide do seu Coração”.....	171
6. IMPLEMENTANDO O PROGRAMA “CUIDE DO SEU CORAÇÃO”: UMA PRÁTICA FACILITADORA DAS TRANSIÇÕES – A 3ª FASE DO ESTUDO	173
6.1. Tipo de estudo	174
6.2. Participantes.....	174
6.3. Instrumentos de recolha de dados.....	176
6.4. Procedimentos.....	179
6.5. Considerações éticas	181
6.6. Resultados e análise da informação recolhida	182
7. DA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO À (RE)DESCOBERTA DOS ATORES PARA O CUIDAR TRANSICIONAL: CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM – A 4ª FASE DO ESTUDO.....	189
7.1. Tipo de estudo	189
7.2. Participantes.....	190
7.3. Instrumentos de recolha de dados.....	190
7.4. Procedimentos.....	192
7.5. Considerações éticas	194
7.6. Resultados e análise da informação recolhida	194

PARTE III

CUIDAR DE IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM PROCESSO (Co)CONSTRUIDO

1. AVALIAÇÃO CONCLUSIVA DA INTERVENÇÃO	215
1.1. Proposta de um modelo cuidativo de enfermagem para idosos com hipertensão arterial	220
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS	225
2.1. Implicações da investigação	227
3. LIMITAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO	230
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	233
ANEXOS	257
Anexo 1 - Instrumento de avaliação do risco global cardiovascular.....	259
Anexo 2 - Formulário aos idosos participantes na primeira fase do estudo.....	263
Anexo 3 - Questionário de caracterização socioprofissional dos enfermeiros.....	271
Anexo 4 - Guião da entrevista aos idosos	275
Anexo 5 - Guião da entrevista aos enfermeiros	279
Anexo 6 - Documento de consentimento livre e esclarecido dos idosos	283
Anexo 7 - Documento de consentimento livre e esclarecido dos enfermeiros.....	287
Anexo 8 - Pedido de autorização para a realização do estudo	291
Anexo 9 - Autorização dos autores para utilização da escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT).....	295
Anexo 10 - Instrumento de avaliação do estado cognitivo dos idosos participantes no programa de intervenção de enfermagem (MMSE)	299
Anexo 11 - Instrumento de avaliação do estado de saúde dos idosos participantes no programa de intervenção de enfermagem (SF – 36v2)	303
Anexo 12 - Instrumento de registo individual do idoso – Parâmetros de avaliação pré e pós programa de intervenção de enfermagem	309
Anexo 13 - Autorização dos autores para utilização do questionário de avaliação do estado de saúde	313
Anexo 14 - Guião orientador do <i>focus group</i> com as enfermeiras	317
Anexo 15 - Certificado de participação no programa de enfermagem “Cuide do seu Coração”	321

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Componentes do envelhecimento saudável	36
Figura 2. Vias que conduzem à incapacidade	37
Figura 3. Fatores de risco e tratamento da HTA	81
Figura 4. Transições: uma teoria de médio alcance	100
Figura 5. Condições para a vivência das transições e terapêuticas de enfermagem.....	102
Figura 6. Triângulo comunicacional com o idoso e família.....	110
Figura 7. Desenho da investigação.....	118
Figura 8. Concelhos do ACES Alto Trás-os-Montes II – Tâmega e Barroso	123
Figura 9. Índices de envelhecimento 2000-2008.....	124
Figura 10. Mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte no triénio 2003- 2005, para todas as idades e ambos os sexos.....	125
Figura 11. TA sistólica segundo o sexo	139
Figura 12. TA diastólica segundo o sexo	139
Figura 13. Atividade física segundo o grupo etário	143
Figura 14. Atividade física segundo o sexo	143
Figura 15. A consciencialização e a mudança no processo de transição.....	200
Figura 16. Modelo cuidativo de enfermagem facilitador das transições em idosos com HTA.....	223

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Comparação das estimativas ponderadas da prevalência das doenças crónicas em Portugal (INS 2005-2006) com resultados de vários estudos realizados	47
Tabela 2. Alterações fisiopatológicas da HTA	54
Tabela 3. Classificação da TA	57
Tabela 4. Evidências na redução da HTA	67
Tabela 5. Classificação do IMC (Kg/m ²)	77
Tabela 6. Hipertensos diagnosticados e controlados em 2008	127
Tabela 7. Caracterização sociodemográfica dos idosos	138
Tabela 8. Características e valores antropométricos, TA sistólica e TA diastólica e CT dos idosos.....	138
Tabela 9. Classificação dos valores da TA sistólica e TA diastólica dos idosos.....	140
Tabela 10. Classificação dos valores da HTA sistólica isolada nos idosos.....	140
Tabela 11. Classificação do IMC (Kg/m ²) dos idosos, segundo o sexo	141
Tabela 12. Morbilidades referenciadas pelos idosos	145
Tabela 13. Avaliação do risco global cardiovascular dos idosos	145
Tabela 14. Áreas temáticas e categorias emergentes dos discursos dos idosos.....	154
Tabela 15. Áreas temáticas, categorias e subcategorias dos discursos dos enfermeiros	161
Tabela 16. Estrutura do programa “Cuide do seu Coração”	172
Tabela 17. Momentos de avaliação na intervenção com os idosos	174
Tabela 18. Idosos participantes no programa de enfermagem “Cuide do seu Coração”	176
Tabela 19. Caracterização dos idosos participantes no programa de enfermagem	182
Tabela 20. <i>Status</i> cognitivo dos idosos (MMSE)	183
Tabela 21. Média, desvio padrão e teste F para medidas repetidas, das dimensões do Questionário SF-36v2	183
Tabela 22. Média, desvio padrão, valores mínimos e máximos e teste F para medidas repetidas, das avaliações de parâmetros clínicos (antropométricos e TA), em três momentos distintos.....	184
Tabela 23. Dados comparativos dos parâmetros clínicos avaliados nos três momentos (IMC, TA sistólica, TA diastólica, PCA – idosos e idosas)	185
Tabela 24. Categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdo das reflexões dos idosos	198
Tabela 25. Categorias e subcategorias resultantes do <i>focus group</i> . Os consensos obtidos acerca do programa “Cuide do seu Coração”	207
Tabela 26. Categorias e subcategorias resultantes do <i>focus group</i> – Resultados da intervenção	212

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde
ACS - Alto Comissariado da Saúde
Adapt. - Adaptado
ADN - Ácido Desoxirribonucleico
AIT - Acidente Isquémico Transitório
AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária
ARS - Administração Regional de Saúde
AVC - Acidente Vascular Cerebral
AVDs - Atividades de Vida Diária
cm – centímetro
cols. - colaboradores
CSP - Cuidados de Saúde Primários
CT - Colesterol Total
DASH - *Dietary Approaches to Stop Hypertension*
DGS - Direção Geral da Saúde
dl - decilitro
DL - Decreto-Lei
EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio
EUA - Estados Unidos da América
FCM - Frequência Cardíaca Máxima
FCMP - Frequência Cardíaca Máxima Prevista
g - grama
HTA - Hipertensão Arterial
IECA - Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina
IMC - Índice de Massa Corporal
INE - Instituto Nacional de Estatística
INSA - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
JNC - *Joint National Committee*
Kg - quilograma
m² - metro quadrado
MAT - Medida de Adesão ao Tratamento
mg - miligrama
mmHG - milímetros de mercúrio
mmol - milimol

MMSE - *Mini Mental State Examination*
MOS - *Medical Outcomes Study*
NHANES - *National Health and Nutrition Examination Survey*
NHBPEP - *National Health Blood Pressure Education Program*
OCDE - Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial de Saúde
p. - página
PCA - Perímetro de Cintura Abdominal
RVP - Resistência Vascular Periférica
SCORE - *Systematic Coronary Risk Evaluation*
SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SSA - Sintomas, Sinais e Achados Mal Definidos
TA - Tensão Arterial
TFG - Taxa de Filtração Glomerular
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UE - União Europeia
URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF - Unidade de Saúde Familiar
USP - Unidade de Saúde Pública
WHO - *World Health Organization*

INTRODUÇÃO

Desde a segunda metade do século XX que assistimos a um aumento exponencial demográfico, em que a longevidade humana e a diversidade de estilos de vida conduziram a uma nova dinâmica social face à velhice e ao envelhecimento. As conclusões do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde assim o comprovam, salientando que até 2050 prevê-se que, na União Europeia (UE), o número de pessoas com 65 ou mais anos cresça 70% e no grupo etário dos 80 ou mais anos, aumente 170% (Comissão Europeia, 2012).

Na maioria dos países que constituem a UE-27, a população cresceu a ritmos próximos de zero, ou começou a decrescer. Países como a Alemanha, a Estónia, a Lituânia, a Polónia e a Hungria, apresentaram em 2004 taxas de crescimento negativas. O declínio da natalidade e da fecundidade e o aumento da capacidade de sobrevivência das gerações têm conduzido ao envelhecimento das populações. No conjunto dos países da UE, a proporção dos que têm 80 ou mais anos era de 4% em 2004 e as projeções para 2015 indicam que esta categoria aumentará para 5,2% e em 2030 para 7,22% do total da população (Giannakouris, 2008). Em alguns países, como a França, a Itália e a Espanha, a proporção dos que têm 80 ou mais anos atingirá 7% a 9% em 2015 e o rácio de dependência de idosos¹ na UE-27, passou de 15,5% em 1960 para 24,5% em 2004. Países como a Bulgária, a Finlândia, a Itália e Portugal, viram o valor deste indicador duplicar entre 1960 e 2004. Por cada idoso com mais de 65 anos reduziu, pelo menos para metade, o número de pessoas em idade ativa. O crescimento da esperança de vida à nascença ronda os 84 anos para as mulheres em França e Espanha e 78 anos para os homens, na Suécia. Este aumento da longevidade das gerações é um indicador do progresso das condições sociais e económicas e das políticas que proporcionam melhores condições de vida e acesso a cuidados de saúde (Fernandes & Botelho, 2009).

¹ Relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 [10²] pessoas com 15-64 anos), (INE, 2002).

Em Portugal, desde os anos sessenta do século passado, que o envelhecimento da população se tem acentuado de forma significativa. Nesta década, as pessoas com mais de 65 anos constituíam 8% da população. Em 1998, passou para 15,2%, e nos censos de 2001, a população idosa era já constituída por 16,4% do total da população portuguesa. Dados obtidos nos censos de 2011 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012a), revelaram um quadro de envelhecimento demográfico bastante mais acentuado, com uma população idosa de 19,15%, uma população jovem de 14,89% e uma esperança média de vida à nascença de 79,2 anos. O índice de envelhecimento² do país é de 129, o que significa que se acentuou o predomínio da população idosa sobre a população jovem. Portugal tem hoje uma população mais idosa do que jovem e mais evidentes são as projeções da população residente no nosso país, nos próximos 50 anos, prevendo-se que se acentue a tendência de involução da pirâmide etária, com 35,72% de pessoas com 65 ou mais anos e 14,4% de crianças e jovens, apontando a longevidade para os 81 anos. Portugal regista, em 2011, um índice de longevidade³ de 79,20 (80,57 para as mulheres e 74,0 para os homens), apontando as projeções para 2050, um aumento significativo deste índice, já que se prevê que as pessoas possam viver em média 81 anos (84,1 para as mulheres e 77,9 para os homens). Relevante é ainda a previsão da esperança média de vida para aqueles que atingirem os 80 anos. Dos 7,6 anos que as mulheres dos nossos dias podem viver, em média, para além dos 80 anos, passar-se-á para 10,2 e, dos 5,9 anos para os homens, passar-se-á para os 7,3 (INE, 2012b).

Os dados divulgados comprovam o envelhecimento das populações e a sua tendência irá caracterizar as sociedades deste século, confirmando que o século XXI será marcado pelas novas tecnologias, mas também será o século das pessoas idosas (Moniz, 2003). Para Lopes (2012), a longevidade é um privilégio, mas também um desafio que a sociedade vai ter de enfrentar neste século, obrigando a alterar valores e práticas sociais e pôr à prova capacidades individuais e coletivas.

As condições sociais e os recursos de que dispõe a maioria dos homens e mulheres que hoje atinge os 65 anos, é bastante superior às condições de vida em que viveram os seus pais, nas mesmas idades (Fernandes & Botelho, 2009). Envelhecer é um processo comum a todos os seres vivos, evocando um desenvolvimento contínuo em que não existe uma base fisiológica,

² Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas dos 0 aos 14 anos), (INE, 2012a).

³ Relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos (expressa habitualmente por 100 pessoas com 65 ou mais anos), (INE, 2012a).

psicológica ou social que permita marcar o seu início, traduzindo-se por uma diminuição de capacidades de adaptação ao meio e às agressões da vida, tantas vezes associado a processos de morbilidade limitativos e incapacitantes (Costa, 2002; Fonseca, 2005a; Moniz, 2003). Este fenómeno do envelhecimento demográfico e a imposição do segmento populacional das pessoas idosas, emergem como um desafio às medidas de política dos países, assumindo lugar de destaque nas agendas sociais. No centro desta realidade está a saúde, considerada como o mais precioso bem para uma boa qualidade de vida. Para as pessoas idosas continuarem ativas e úteis à sociedade, a saúde é um fator essencial, assim com é também determinante para o crescimento da economia dos países. Hoje, os sistemas de cuidados de saúde confrontam-se com situações novas, exigindo uma adaptação à percentagem crescente de pessoas de idade avançada. Uma boa saúde é, frequentemente, o reflexo do apoio que se recebe da sociedade, sendo importante que os idosos tenham oportunidades para se manterem saudáveis e ativos (Kalache, 2009).

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social...” (McKeown & Messias, 2011, p.253) e não só a ausência de doença física, com o indiscutível propósito de incluir os aspetos psicológicos e sociais no conceito de saúde. A saúde é um bem essencial para a vida e, por isso, deve ser cuidada e mantida ao longo de todo o ciclo vital. Todos os setores sociais estão implicados na saúde, com a responsável obrigação de a defender e fomentar, quer do ponto de vista individual, quer familiar e comunitário, tornando-se cada vez mais uma responsabilidade partilhada pelos diferentes setores, exigindo um esforço ativo por parte dos vários atores, começando pelos cidadãos e abrangendo diferentes áreas políticas de intervenção. A saúde é, cada vez mais, uma (co)produção, na qual todos são chamados a ser seus (co)produtores (Administração Regional de Saúde [ARS] Norte, 2008).

A evolução demográfica e, em particular, o envelhecimento da população, está a alterar os padrões das doenças e a ameaçar a sustentabilidade dos sistemas de saúde (Fernandes & Botelho, 2009), constituindo um dos principais desafios do século XXI: satisfazer a maior procura de cuidados de saúde; adaptar os sistemas de saúde à nova realidade e manter viáveis estes sistemas numa sociedade com menos população ativa. O esforço principal consistirá em promover o envelhecimento saudável de todos os cidadãos. Viver mais anos com saúde significa melhor qualidade de vida, mais autonomia e possibilidade de se manter ativo (Comissão Europeia, 2012).

Características de várias populações estudadas reforçam a ideia de que a longevidade saudável depende, em maior ou menor intensidade, de um padrão hereditário especial, mas também do estilo de vida praticado (Saldanha, 2009). A par do envelhecimento, o aumento das doenças crónicas tem constituído uma preocupação das sociedades contemporâneas. A sua incidência e prevalência têm aumentado nas últimas décadas, associadas, não só, ao aumento da esperança de vida das populações, mas também aos estilos de vida menos saudáveis, conforme Plano Nacional de Saúde de 2011-2016 (Alto Comissariado da Saúde [ACS], 2011). Para Busse, Blumel, Scheller-Kreinsen e Zentner (2010), estas doenças crónico-degenerativas têm longa duração, geralmente progridem lentamente, não existe a cura e representam sempre um impacto significativo na duração e na qualidade de vida das pessoas. Geralmente não são transmissíveis, a sua génese é multifatorial, geram incapacidade e desvantagem crescente, exigindo cuidados durante longos períodos de tempo e custos acrescidos, com maior consumo de medicamentos, meios de diagnóstico, mais horas de atendimento nas instituições de saúde e internamentos hospitalares, por agravamento ou complicações de outras doenças já instaladas.

As doenças crónicas representam mais de 60% da morbilidade mundial, estimando-se que sejam dispendidos cerca de 60% a 80% dos recursos globais investidos na saúde (World Health Organization [WHO], 2003). Trata-se, pela sua dimensão e implicações sociais e económicas, de um problema de saúde pública que acarreta consequências para as pessoas e famílias, para os profissionais de saúde e para os sistemas de saúde em geral. O custo das doenças crónicas para Portugal poderá representar, nos próximos anos, 60% a 80% do total do orçamento da saúde, sendo necessário acrescentar os custos com as reformas antecipadas provocadas por complicações de saúde, resultantes de condições crónicas como a hipertensão arterial (HTA), diabetes ou osteoporose (Dias & Paixão, 2010). Segundo estes autores, o investimento na prevenção da doença e na promoção de estilos de vida saudáveis corresponde apenas a 3%, em média, dos orçamentos anuais dos países, em comparação com os 97% gastos em tratamentos e cuidados de saúde, havendo ainda um longo caminho a percorrer.

Diversos estudos de investigação têm evidenciado dificuldades dos idosos com doenças crónicas para o cumprimento do regime terapêutico prescrito, com resultados que apontam para uma alta percentagem de doenças crónicas não controladas, desadequação dos regimes terapêuticos, recomendações sobre dietas e exercício físico não eficazes (WHO, 2003), apelando a que os serviços e os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, se

questionem face a esta problemática com evolução crescente, e desenvolvam respostas científicas com oportunidade e efetividade, a custos institucionais e sociais aceitáveis, com ênfase na centralidade dos cuidados a prestar aos idosos com doença crónica.

Um estudo com doentes crónicos e familiares concluiu que “...foi notório o escasso conhecimento demonstrado pelos doentes e familiares sobre a forma de auto controlar a doença e as suas consequências e a gestão das estratégias para lhes fazerem face” (Santos, 2006, p.269). O diagnóstico de uma doença crónica representa sempre uma dificuldade na vida das pessoas, não só pelas limitações que a própria doença impõe e pelos constrangimentos que, naturalmente, lhe estão associados, mas também pela necessidade do cumprimento de um regime terapêutico durante toda a vida. Baszanger (1986), afirma que a doença crónica altera o esquema habitual do sintoma, do diagnóstico e do tratamento, dando lugar a um esquema aberto, dominado pela incerteza. A doença crónica persiste e o papel do doente não é procurar a cura, mas sim viver com a doença, exigindo ajustamentos dinâmicos na própria vida, por isso implica aprender a viver com a doença, interiorizando novas formas de estar e de ser.

Nos Estados Unidos da América (EUA), *The Third National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES III), revelou que mais de 23 milhões de pessoas adultas têm HTA e, destas, cerca de 12 milhões não têm os valores de tensão arterial (TA) controlados, apesar das terapêuticas prescritas (Whelton et al., 2002). Desde 1993, o *National Health Blood Pressure Education Program* (NHBPEP), tem por missão traduzir os resultados da investigação na prática e desenvolver guidelines para clínicos e profissionais de saúde. A HTA é um dos fatores de risco major modificáveis para a doença cardiovascular, aumentando a sua prevalência à medida que a idade avança (Whelton et al., 2002).

As doenças crónicas que se mostram com maior prevalência nos cidadãos portugueses com mais de 65 anos de idade são as cardiovasculares, com particular relevância para as doenças vasculares cerebrais. As informações mais recentes mostram que as doenças do sistema cardiovascular e as neoplásicas continuam a ser as primeiras causas de morte em Portugal (Direção Geral da Saúde [DGS], 2010). Aproximadamente 32,3% das mortes em Portugal são consequência de doenças do aparelho circulatório, constituindo fator de morbilidade e mortalidade nos escalões etários mais avançados (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge [INSA]/INE, 2009).

A HTA é a doença crónica com maior prevalência entre a população portuguesa, representando um significativo fator de risco cardiocerebrovascular. A sua relevância epidemiológica, as suas características clínicas e terapêuticas, fazem desta doença crónica uma das mais difíceis de controlar sob o ponto de vista do risco e consequentes efeitos negativos na qualidade de vida de todas as pessoas. Segundo Borges e Silva (2008), cerca de 70% dos portugueses com 65 ou mais anos são hipertensos, destacando-se o nosso país, dos países da UE, com uma das taxas mais elevadas de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC), (OMS, 2005). A HTA é, segundo Pádua (2008), a doença cardiovascular mais disseminada em todo o mundo desenvolvido e aquela que causa mais mortes, direta ou indiretamente. Resultados do 4º Inquérito Nacional de Saúde (INS) 2005-2006, na população portuguesa, revelaram que 46,5% dos homens e 56,5% das mulheres com idades entre 65 e 74 anos apresentam HTA e 10,8% dos homens com idades entre 75 e 84 anos já sofreu AVC e/ou enfarte agudo do miocárdio (EAM). Do total de mulheres inquiridas com 85 e mais anos, 12,2% sofreu AVC e 3,3% EAM (INSA/INE, 2009).

A crescente complexidade das necessidades dos idosos em cuidados de saúde, incluindo o aumento de internamentos hospitalares devido a complicações de doenças crónicas não controladas, por um lado e, por outro, a evolução do exercício profissional dos enfermeiros, decorrente da sua formação académica, exigem que se repensem as práticas e as intervenções de enfermagem na comunidade e se procure integrá-las num novo paradigma de assistência às pessoas idosas com problemas de saúde.

Com a criação da Ordem dos Enfermeiros (DL nº 104/98, de 21 de abril), o Estado português reconhece que os enfermeiros constituem uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem. Assim, de acordo com o mandato social e a natureza específica dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros constituem um recurso efetivo do sistema para responder, de forma eficaz, às necessidades de saúde das populações. Os enfermeiros, no âmbito das suas intervenções, desenvolvem um trabalho importante de acompanhamento, orientação, supervisão e apoio ao idoso e família, e as suas intervenções são orientadas no sentido de executar, vigiar, ensinar, avaliar e apoiar os idosos e os seus familiares e/ou cuidadores no processo de tratamento, acompanhamento e controlo da doença crónica, partilhando a tomada de decisão. O sentimento de controlo pessoal e crença no tratamento deve ser desenvolvido e intensificado e as atribuições causais

errôneas da doença devem ser desmistificadas, estimulando processos de reconfiguração do conhecimento na procura de causas passíveis de controlo da doença crónica.

Cada pessoa percebe os acontecimentos reais de modo particular, prestando atenção a detalhes diferentes. Os esquemas mentais de cada um determinam a forma de agir e compreender o envelhecimento e a doença crónica, pelo que a perceção da doença tem uma construção mental que é produto das relações sociais, culturais e da própria história que cada morbilidade simboliza. A prescrição de um regime terapêutico é parte integrante e essencial para o controlo da doença e o seu cumprimento permite a limitação de incapacidades, previne complicações e promove a qualidade de vida do idoso e família. Integrar o regime terapêutico no quotidiano da vida, implica a capacidade de tomar decisões, conscientemente e de forma autónoma, sobre a toma dos medicamentos prescritos e a procura de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

É inadiável assumirmos que muitos idosos com HTA experimentam dificuldades na adequação das suas atividades de vida à doença e na adoção de comportamentos saudáveis. Cerca de 30% a 50% do regime terapêutico prescrito não é cumprido (Horne, 1999), e a WHO (2003) sublinha que, nos países desenvolvidos, a adesão ao regime terapêutico, entre as pessoas que sofrem de HTA, é de 50%, podendo ser muito menor em países mais carenciados. Os cuidados de enfermagem deverão transformar as ameaças de saúde em desafios, para que os idosos e os seus familiares possam sentir, em vez de insegurança e incerteza, confiança no controlo da doença crónica e na promoção de um envelhecimento ativo e bem sucedido.

Assim, e uma vez instalada a HTA, é premente prevenir o aparecimento de complicações que podem ser evitadas ou adiadas por mais tempo, ou podem ser controladas, se as pessoas idosas e a família souberem ou se tiverem vontade para o fazer. Numerosas são as referências ao papel fundamental que os profissionais de enfermagem assumem nos cuidados de saúde, de entre as quais, destacamos algumas pela explicitação que aportam ao exercício profissional.

A experiência hospitalar que marcou o início da nossa carreira profissional, enquanto enfermeira prestadora de cuidados às pessoas adultas e idosas com doença aguda ou crónica, submetidas a tratamentos médicos e/ou cirúrgicos, despertou-nos, inicialmente, para o aprofundamento do conhecimento teórico-prático de enfermagem, com maior ênfase no tratamento e reabilitação de pessoas adultas ou idosas com doença crítica e falência

multiorgânica, em cuidados intensivos. O desconhecimento, o medo, a insegurança, a dependência e a vivência de um sofrimento físico e psíquico intenso, na maioria dos idosos, familiares e conviventes mais próximos, despertou-nos para um outro olhar mais integrador e global acerca dos processos de saúde/doença, da importância da compreensão e adequação de regimes terapêuticos e, fundamentalmente, da prevenção da doença e manutenção da saúde e qualidade de vida, mesmo em idades mais avançadas.

O Regulamento para o Exercício da Profissão de Enfermagem (REPE), define a Enfermagem como a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma a manterem, melhorarem e recuperarem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (artigo 4º, nº1 do DL nº 161/96, de 4 de setembro). Por sua vez, Collière (1989, 2003) refere-se à enfermagem como os cuidados prestados à pessoa ao longo do ciclo vital, diferenciando os cuidados de manutenção e de continuidade da vida, relacionados com todos os cuidados de preservação da vida e, quando coexiste doença, os cuidados de reparação que têm como finalidade limitar a doença, lutar contra ela e atacar as suas causas, visando o restabelecimento da saúde. Sustenta ainda que as alterações devidas ao envelhecimento, exigem cuidados de estimulação e de manutenção das capacidades que a pessoa idosa ainda é detentora e de apoio ao que ainda pode fazer, de modo a prevenir maiores limitações funcionais.

A pessoa, foco da atenção dos enfermeiros, carece de cuidados em certos momentos do ciclo vital que não consegue prestar a si própria, devido à fase de desenvolvimento em que se encontra e cujos processos de transição exigem capacidades, conhecimentos, ou vontade que não possui. Ou ainda, devido à doença ou enfermidade que a afeta, os cuidados de enfermagem são facilitadores da transição que vivencia. A família é o grupo natural onde se inserem os seres humanos ou, *lato senso*, integra todas as pessoas significativas. Destas, destacam-se as que prestam cuidados aos mais dependentes, como as crianças, os doentes e os idosos, tanto no desempenho do papel de cuidados, como na prestação informal de cuidados. Quer as dinâmicas familiares, promotoras de uma vida saudável ou alteradas por diferentes eventos, quer os cuidadores familiares, na dupla perspetiva de parceiros ou clientes, merecem a atenção dos enfermeiros, pois os processos de adaptação e a sua qualidade de vida são também sensíveis aos cuidados de enfermagem (Vieira, 2008). Percebemos, assim, que a

intervenção deve não só centrar-se na pessoa idosa, mas também no contexto em que ela se insere, nomeadamente no contexto próximo ou microssistémico (Bronfenbrenner, 1996).

Os enfermeiros que cuidam de idosos com HTA no centro de saúde, em regime ambulatorio, estão conscientes da existência de necessidades não satisfeitas que vão para além dos mecanismos fisiopatológicos provocados pela doença. Há hoje a noção de que muitos idosos com HTA não conseguem integrar adequadamente os planos terapêuticos prescritos pelos profissionais de saúde. Uns, porque não possuem a informação e os conhecimentos que necessitam, por fatores intrínsecos que lhe dificultam ou impossibilitam a aprendizagem requerida ou por falta desta dimensão assistencial (Silva, 2007), outros, por outras razões menos explícitas, tornando-se importante aprofundar e melhorar.

O desenvolvimento da HTA tem uma forte componente relacionada com fatores sociais (condições de vida, educação e estilos de vida), económicos e ambientais. A forma de conduzir a vida e os hábitos adquiridos podem ser responsabilizados pela presença desta morbilidade em grande número de casos. Para Sousa (2004), a HTA só veio a tornar-se um mal conhecido a partir do desenvolvimento tecnológico que possibilitou a aferição de medidas através das quais a doença pode ser produzida dentro de determinados padrões, sendo, por isso, fundamental desenvolver uma análise criteriosa e sistemática desta problemática, exigindo novos processos de cuidar em enfermagem para garantir melhor qualidade de vida e bem-estar às populações idosas que experienciam a doença crónica e vivenciam o seu próprio processo de envelhecimento.

Quais as dificuldades que os idosos experimentam na adequação de comportamentos e estilos de vida, de forma a minimizar os efeitos da doença crónica - HTA sobre o seu organismo e a sua própria vida? Como é percecionado o regime terapêutico, farmacológico e não-farmacológico? Como podem os enfermeiros contribuir para a vivência de processos de transição saudáveis, cooperando para o envelhecimento ativo e bem sucedido?

Estas constituíram algumas das questões que nos motivaram para a procura de alternativas e estratégias de intervenção de enfermagem, viáveis no nosso sistema público de saúde, que nos conduziram neste percurso de investigação. Assim, definiram-se os seguintes objetivos: 1) Identificar os eixos estruturantes da consulta de enfermagem ao idoso com HTA, no Centro de Saúde; 2) Compreender os processos de intervenção terapêutica enfermeiro-idoso neste contexto; 3) Analisar as perceções dos idosos acerca da HTA; 4) Consolidar informação que

permita um conhecimento contextual da situação e possibilite a implementação e avaliação de uma intervenção de enfermagem a definir com idosos hipertensos; 5) Desenvolver um modelo explicativo do ajustamento terapêutico realizado pelos diferentes atores intervenientes neste processo.

O relatório desta investigação tenta reproduzir o percurso desenvolvido ao longo de quatro anos, enfatizando os diferentes momentos interativos entre todos os atores, participantes e intervenientes nos resultados alcançados.

A primeira parte deste relatório diz respeito à apresentação e reflexão sobre “o estado da arte” da problemática em estudo, constituindo o enquadramento teórico da investigação, pretendendo-se uma abordagem teórica dos principais conceitos contextualizadores da investigação. A atual preocupação com o envelhecimento sustentável tem vindo a gerar amplos debates académicos e políticos nos nossos dias, quer a nível nacional, europeu e mundial. A acrescentar a esta preocupação estão as doenças crónicas nas pessoas idosas, não transmissíveis, e que conduzem, com frequência, a estados de dependência, com necessidades e custos acrescidos de assistência em saúde.

Na segunda parte, fazemos uma descrição do percurso metodológico adotado, privilegiando uma abordagem qualitativa e quantitativa intensa da problemática, no âmbito da investigação-ação, explicitando todos os procedimentos desenvolvidos em todo o processo, nas diferentes fases do estudo. Experimentámos a implementação de novas estratégias de intervenção de enfermagem aos idosos e família com doença crónica – HTA, desenvolvendo construtos teóricos que contribuem para uma prática mais efetiva dos enfermeiros e do seu saber gerontológico e geriátrico.

A terceira parte integra uma análise concetual decorrente do processo de investigação, emergindo contributos para um modelo de intervenção cuidativa de enfermagem a idosos e familiares com HTA, conhecimentos e intervenções de enfermagem que visam processos de interação, parceria e de desenvolvimento humano, capazes de promover a melhor saúde e bem-estar nas pessoas idosas e família, contributos significativos para as populações mais idosas face aos contextos de vida e transições que vivenciam.

A presente investigação foi (co)financiada pela Fundação para Ciência e Tecnologia, pelo período de dois anos, através do programa de apoio à formação avançada de docentes do Ensino Superior Politécnico (Referência: SFRH/PROTEC/67573/2010).

PARTE I

ENVELHECER E SER IDOSO COM DOENÇA CRÓNICA: UMA PERSPETIVA INTEGRADORA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

1. O QUE É ENVELHECER? PORQUE ENVELHECEMOS?

Envelhecemos devido ao decorrer dos anos?

Envelhecemos por razões que se ligam com o natural desgaste do organismo?

Ao contrário do que acontece nas outras fases do desenvolvimento humano, a velhice não possui um marcador biofisiológico do seu início, sendo que a sua demarcação é fixada mais por fatores sociais, económicos e legais, do que por fatores biológicos. Squire (2005), afirma que a reforma ou aposentadoria é geralmente percebida como o anúncio da velhice. A introdução de esquemas de pensões estatais fez da idade da reforma, um ritual de transição fixo, determinado apenas pela idade cronológica. A pessoa não deixa de trabalhar por diminuição das suas capacidades mentais ou físicas, mas porque alcançou a idade da reforma. Nos EUA, desde 1935, os 65 anos têm sido apontados como marco, quando Franklin Roosevelt os usou como critério de elegibilidade para a segurança social (Stanhope & Lancaster, 2011). Esta idade é encarada frequentemente como marca para o início da velhice. A WHO (2002a), numa tentativa de uniformização de critérios, convencionou que idoso é todo o indivíduo com 60 ou mais anos nos países em desenvolvimento, e 65 ou mais anos nos países desenvolvidos, independentemente do género e do estado de saúde. No nosso país, a idade cronológica dos 65 anos tem marcado, até agora, o início da reforma, sendo usado o mesmo marco nos diversos indicadores demográficos (INE, 2010).

Devemos assinalar que não há uma consciência clara de que, através de características físicas, psicológicas, sociais, possa ser anunciado o início da velhice. Conhecemos pessoas que aos 55 anos parecem idosas e outras que aos 70 anos parecem ainda jovens, tornando-se

difícil definir o início da velhice. Trata-se de um processo diferenciável, vivenciado por cada ser humano. Certas pessoas apresentam-se mais envelhecidas que outras que parecem mais jovens e outras sentem que não têm qualquer utilidade. Critérios baseados unicamente na idade cronológica são questionáveis, pois há que considerar outros fatores igualmente significativos, permitindo analisar este fenómeno sob diferentes perspetivas: a idade biológica, relacionada com níveis de maturidade física e estado de saúde; a idade psicológica, associada ao desenvolvimento cognitivo e emocional, capacidade de adaptação, aprendizagem e motivação e a idade social, o estatuto, o papel e funções a desempenhar (Oliveira, 2005).

A velhice é um processo dinâmico, comum a todos os seres vivos, mas individual e variável. Os idosos não são um grupo homogéneo, sendo possível envelhecer de muitas formas, acabando a experiência da velhice por ser mesmo a mais heterogénea de todas as fases da vida, o que faz com que o grupo de idosos seja considerado heterogéneo (Fonseca, 2005a; Moniz, 2003).

A forma e o modo como é vivenciado o processo de envelhecimento, são pessoais e irrepetíveis. Cada indivíduo reage de forma única ao avanço da idade. Como refere Fonseca (2005a), o fator individual é determinante para afirmar a inexistência de um caminho único de envelhecimento. Distintas situações físicas, psíquicas e sociais vivenciadas, são marcadas por uma trajetória de vida, contextos e condições em que ocorreu a sua biografia (García Hernandez & Torres Egea, 1999). Como explicar, então, esta realidade biopsicossocial da última etapa da vida?

Envelhecer, caracteriza-se por um declínio gradual do funcionamento de todos os sistemas corporais, embora a maioria das pessoas de mais idade conserve um nível importante das suas capacidades cognitivas e psíquicas. No dizer de Costa (1998, 2002), envelhecer significa “crescer em anos”, “tornar-se mais velho”. A velhice faz parte do destino biológico do homem e ainda que não exista uma base fisiológica, psicológica ou social que permita marcar o seu início, o envelhecimento traduz-se por uma diminuição das capacidades de adaptação ao meio e às agressões da vida. Também Robert (1994), define o envelhecimento como “a perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente” (p.31). Este autor cita Littré que, já em 1878, definia a velhice como a última idade da vida, cujo início era fixado no sexagésimo ano, mas que podia ser mais ou menos avançada ou retardada, segundo a constituição individual, o género de vida e uma série de outras circunstâncias. Envelhecer pode ser ficar mais velho, tornando assim mais evidentes as

mudanças que a passagem do tempo vai produzindo em cada um. Para Jacob Filho e Campora (2008), o envelhecimento é “um processo bastante complexo, heterogéneo, com alterações anatómicas e declínio funcional, misturando fatores biológicos inevitáveis, comportamentos que podem acelerar ou lentificar o processo ... mas a grande variação de expectativa de vida deve-se a fatores ambientais, hábitos de vida e doenças associadas” (p.37).

Geralmente, aceita-se que a velhice começa quando se inicia um processo de deterioração das funções sensoriais e da capacidade motora, mas é necessário integrar a sua influência noutros determinantes, pois o processo de envelhecimento humano apresenta padrões individuais muito diferenciados, relacionados com fatores pessoais, sociais e ambientais (Aparício Alonso, 2004). No uso quotidiano, envelhecer significa ficar com mais idade. Mas o envelhecimento, no sentido biológico, só acontece quando o ser humano atinge a maturidade na sua vida adulta. Uma criança ou um jovem enquanto cresce e se desenvolve acrescenta mais idade à que já tem, mas mantém o seu vigor físico e psíquico.

O processo de envelhecimento, gradualmente traz consigo o enfraquecimento muscular e o prejuízo de funções corporais e intelectuais. Mas nem todas as funções declinam ao mesmo tempo. Em seres humanos que se exercitam intelectualmente e praticam exercício físico com regularidade, as funções biológicas e psíquicas podem resistir por muito tempo ou até melhorarem com a idade. A dinâmica subjacente a este conceito está no movimento de um estágio prévio para outro posterior que pode ser analisado em diferentes perspetivas.

Paúl (1997), defende que o envelhecimento engloba três componentes: 1) *O envelhecimento biológico*, que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer. Encontra-se ligado a uma diminuição de funcionamento dos órgãos e menor eficácia da sua auto-regulação, embora nem todos os órgãos envelheçam ao mesmo tempo; 2) *O envelhecimento social*, relativo aos papéis sociais e hábitos em relação aos outros membros, fortemente influenciados pela cultura onde a pessoa está inserida e apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário; 3) *O envelhecimento psicológico*, definido pela auto-regulação do indivíduo, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento, onde se inclui a memória, a inteligência e as motivações empreendedoras

Só nos últimos cem anos o envelhecimento se tornou algo comum. Nos tempos pré-históricos, a velhice era extremamente rara e mesmo no século XVII, provavelmente apenas 1% da

população vivia mais de 65 anos. No século XIX, essa proporção subiu para 4% (Cowgill, 1970). Por seu lado, Hamilton (2002) afirma que cerca de 70% da população ocidental de hoje viverá mais de 65 anos e 30% a 40% viverá mais de 80 anos. No entanto, não podemos afirmar que mais tempo de vida seja para todas as pessoas mais qualidade de vida. No Canadá, Wilkins e Adams (1983) calcularam que para os adultos mais velhos, aproximadamente 75% desse tempo é um período com alguma incapacidade física e, por isso, vivido com desconforto, e Hamilton (2002) refere que 73% de idosos, na Suécia e no final dos 70 anos, relataram dor branda ou severa.

A prevalência do envelhecimento difere, dentro da mesma sociedade, ao longo do tempo histórico, e difere hoje entre os países industrializados e aqueles em desenvolvimento, bem como entre indivíduos e grupos da mesma sociedade. Um exemplo disso é o chamado *efeito Roseto*, verificado numa comunidade ítalo-americana na Pensilvânia, cuja suscetibilidade dos membros a doenças cardíacas aumentou, na mesma proporção em que eles se “americanizaram”, demonstrando que as pessoas podem influenciar a sua expectativa de vida pelo grupo socioeconómico ao qual pertencem e pelo estilo de vida que levam. Em alguns casos, a escolha do estilo de vida é voluntária, enquanto em outros, infelizmente não o é (Hamilton, 2002).

É verdade que o envelhecimento é um processo vincado pelas perdas ocorridas a vários níveis, mas é igualmente certo que envelhecer pode ser um período de plenitude e de realização, sendo necessário que a pessoa aprenda a vivê-lo. Saber envelhecer não é fácil, sobretudo numa sociedade que cultiva a juventude, o poder e a produtividade. Saber envelhecer pode ser uma aprendizagem contínua. É aceitar as limitações que o tempo traz, não encarar a reforma como um vazio, mas aprender a usar e a desfrutar do tempo livre para encontrar momentos de prazer. O tempo, essa unidade de registo da atividade humana, que é frequentemente tomado como condição última e irremediável dos acontecimentos, “*já tenho estes anos, já não vale a pena....*”.

O envelhecimento é um processo de mudança que exige um contínuo esforço de adaptação da pessoa a novas condições da vida, quer no plano individual e familiar, quer no plano socioprofissional. Este processo de adaptação varia de pessoa para pessoa, dependendo da sua personalidade, em parte, e também de medidas sociais e ambientais que procuram minimizar os riscos e otimizar o bem-estar (Azeredo, 2011). O envelhecimento como processo natural, revela-se de forma positiva, intimamente ligado a maior eficácia de medidas preventivas de

saúde, a maiores e melhores intervenções no meio ambiente e à tomada de consciência de que somos os principais agentes da nossa própria saúde (Moniz, 2003).

É importante que a pessoa saiba encontrar estratégias de compensação, para assim se adaptar a novas situações. Mas esta adaptação tem de ser bilateral, isto é, a pessoa procura adaptar-se a novas situações da vida e a sociedade tem também que saber adaptar-se ao envelhecimento dos seus membros, criando condições para esta adaptação. Envelhecer bem é envelhecer sem sofrer os malefícios da idade, é exercitar o espírito, conservar o bom funcionamento dos seus órgãos, estar rodeado das pessoas que se ama e investir em si.

O envelhecimento pode ser visto como um processo contínuo de crescimento intelectual, emocional e psicológico. Ao olhar-se para o que foi vivido, para o que ficou para trás, pode sentir-se alguma alegria pelo que foi conseguido, apesar de serem reconhecidos alguns fracassos e erros. Fazem parte desta abordagem autores como Baltes e Smith (1990), Birren e Fisher (1990), Sternberg (1990), entre outros, que advogam que o desenvolvimento durante a vida adulta culmina na sabedoria, representando esta o nível mais elevado de compreensão da vida, dos outros e de si próprio, considerando uma característica específica da terceira idade. De acordo com estes autores, é um conhecimento de mestria (*expert knowledge*) que pressupõe um elevado conhecimento factual sobre assuntos da vida e sobre problemas da vida e elevado conhecimento sobre as diferenças de valores e de prioridades, sobre a imprevisibilidade da vida e habilidades para compreender e gerir a incerteza. Nas palavras de Sternberg (2001), a sabedoria é mediada por valores, com vista à realização de um bem comum, balanceada por interesses intrapessoais (interesses pelo próprio), interpessoais (interesses pelos outros) e extrapessoais (interesses contextuais). A sabedoria não se manifesta no que a pessoa sabe, mas no modo como encara e usa o conhecimento que possui, no dizer de Meachan (1990).

Um envelhecer repleto de sentido é aquele momento no qual predomina uma atitude mais reflexiva. É o momento em que a pessoa se reconcilia com os seus fracassos, erros e defeitos, aceitando-se a si mesmo e aprendendo a desfrutar dos prazeres que essa etapa da vida lhe possibilita. É um processo experiencial subjetivo que pode definir-se como a autorregulação exercida através de decisões e escolhas para adaptação ao processo de senescência (Costa, 1998). Significa que o envelhecimento tem também características positivas, como a maturidade emocional, a sabedoria, a capacidade de usar estratégias pró-ativas capazes de dar maior significado à vida (Oliveira, 2005). Schachter-Shalomi e Miller (1996), afirmam que o

envelhecimento é um processo de desenvolvimento cujo objetivo é uma expansão cada vez mais ampla da consciência e a percepção crescente da unidade com a vida:

...a velhice é uma época de intensa exploração e retomada de aventura e descoberta espiritual empolgantes ... o verdadeiro desafio da velhice é riscar todos os quadros habituais de referência e abrir a mente para outro campo de possibilidades que está para além do mundo físico. Depois de conquistar uma posição segura no mundo interior, podemos encontrar a morte com calma e expectativa e não com um medo aterrorizante.

Para Sant'Anna (2000):

...ser velho é ter vivido e ter guardado uma chama no fundo do coração, entusiasmar-se pelo que é belo e grande, derramar em torno de si o calor e a vida, crer no ideal, representar-lhe a expressão, impor a admiração a todos que o cercam, inspirar simpatia, amizade, amor.

“Ser velho é ser alguém cheio de história. Ele é a própria história”.

Apesar de não ser possível intervir no avanço da idade cronológica, como refere Fernandes (2010), quem tem hábitos de vida mais saudáveis contribui positivamente para evitar os principais sintomas do envelhecimento. Para apreciar e desfrutar do envelhecimento com mais saúde e boa disposição, é necessário manter hábitos de vida saudáveis. E, se for necessário mudar hábitos, mesmo nas idades mais avançadas, traz sempre benefícios para a saúde.

Robert (1994), afirma que o “segredo” das pessoas que atingem maior longevidade reside em manterem-se num melhor estado de saúde, consumirem menos medicamentos, menos tabaco, e manifestarem uma boa capacidade de adaptação e aptidão para resolver os problemas com que se defrontam durante a sua existência. Gostam de viver e levam uma vida harmoniosa. Ainda no dizer de Costa (2002), segundo determinadas correntes, as diferenças no envelhecimento dos seres humanos são, em parte, geneticamente determinadas, mas substancialmente influenciadas pela nutrição, estilos de vida e ambiente.

Em síntese, um dos sinais mais evidentes do envelhecimento é a diminuição da capacidade de adaptação do organismo face às alterações do meio ambiente, confirmando-se a diminuição de capacidades, originando, assim, um aumento de vulnerabilidade. Berger (1995a), refere que “A velhice é um ponto de viragem na existência em que os mecanismos de adaptação habituais já não permitem fazer face às diferentes alterações encontradas...” (p.165). No entanto, a velhice, enquanto processo inevitável e irreversível, é também individual, pois as pessoas não envelhecem da mesma forma nem no mesmo espaço temporal, podendo perspetivar-se um lado mais positivo do envelhecimento, como a idade da sabedoria,

enquanto atributo dos idosos que continuam a desenvolver as suas estruturas cognitivas (Marchand, 2005a, 2005b). A idade não se revela, deste modo, uma medida adequada para determinar o estado de velhice das pessoas. Em termos globais, é necessário reconhecer os fatores que influenciam o envelhecimento, relacionados com a biologia humana, como as capacidades funcionais, físicas, mentais e sociais, e respetiva capacidade de adaptação aos elementos ambientais, como os estilos de vida, influenciados pela informação a que se tem acesso, bem como os comportamentos que foram adquirindo e integrando no quotidiano.

1.1. As explicações científicas do envelhecimento

Embora o envelhecimento seja um fenómeno universal, comum a todos os seres vivos e inevitável, a sua etiologia não é de todo conhecida. Muitos fatores contribuem para este processo, e investigadores, ao longo de décadas, têm desenvolvido teorias sobre os processos do envelhecimento.

O envelhecimento é cada vez mais entendido como um fenómeno multidimensional, resultante da ação de vários mecanismos, e enquanto alguns estudos se dedicam ao entendimento do declínio das funções biológicas, outros debruçam-se sobre os padrões de comportamento adotados pelas pessoas idosas (Farinatti, 2008).

Os biólogos definem o envelhecimento como uma série de mudanças letais que diminuem as probabilidades de sobrevivência do indivíduo. Trata-se de um processo que, embora já muito estudado, não reúne um consenso sobre as suas causas, nem se conseguiu até hoje explicar cabalmente este fenómeno através de uma única teoria.

As teorias biológicas procuram explicar os processos fisiológicos que se alteram com o envelhecimento. Alguns investigadores classificam as teorias biológicas em estocásticas e não estocásticas ou deterministas (Farinatti, 2008; Lange & Grossman, 2008; Pinto, 2001; Robert, 1994).

A) Teorias estocásticas – Identificam os episódios que sucedem ao longo da vida que causam lesões celulares aleatórias e cumulativas no tempo, provocando o envelhecimento. Defendem que o envelhecimento é uma consequência de lesões sucessivas que causam desgaste e rutura e conduzem à morte, admitindo uma resistência limitada dos tecidos do organismo ao

desgaste fisiológico. A teoria dos radicais livres e a teoria do desgaste, são exemplos de teorias estocásticas.

Mailloux-Poirier (1995), descreve a teoria dos radicais livres, referindo que o envelhecimento e a morte celular provêm dos efeitos nefastos causados pela formação de radicais livres. Estes recebem esta designação pelo facto de possuírem um par de eletrões independentes e com grande capacidade de ligação aos tecidos, oxidando os seus componentes celulares, provocando o envelhecimento por diversos mecanismos como a peroxidação dos lípidos não saturados, levando à formação de substâncias tóxicas para as células e das quais não se podem libertar. Estas substâncias, existentes em todas as partes do corpo, mas mais particularmente nos neurónios e nas fibras musculares, são chamadas pigmentos de envelhecimento ou lipofuscina. Através da ligação às fibras reticulares do tecido conjuntivo, os radicais livres constituem um obstáculo à difusão das substâncias nutritivas, diminuindo a vitalidade das pessoas.

A teoria do desgaste defende que o organismo humano se comporta como uma máquina, cujas partes se deterioram com o uso e o desgaste do corpo ao longo do tempo, à medida que desempenha as suas funções altamente especializadas. O corpo funciona de forma menos eficaz com o uso prolongado (Eliopoulos, 2005). Este desgaste provoca anomalias, advindo uma paragem deste mecanismo.

B) Teorias não estocásticas ou deterministas – A teoria do relógio biológico e a teoria imunitária, são exemplos de teorias não estocásticas ou deterministas. Estas teorias consideram o envelhecimento como uma série de acontecimentos predeterminados, que acontecem em todos os organismos num horizonte temporal. Baseiam-se na ideia da programação genética ou no relógio biológico pessoal, sendo o genoma um tipo de relógio molecular, biológico.

Mailloux-Poirier (1995), refere-se à teoria imunitária, como as transformações que ao nível do sistema imunológico podem ter um papel etiológico no envelhecimento. Segundo esta teoria, o envelhecimento resulta da formação de anticorpos que atacam as células sãs do organismo. Sabe-se que o organismo possui um sistema de defesa que engloba vários mecanismos, a que se chama “imunidade”, e a disfunção gradual ou a falha do sistema imunitário do organismo, origina assim o envelhecimento. A base da imunidade é o reconhecimento de uma substância estranha quando ocorre no nosso organismo, através das células. Responsáveis pela resposta

imunitária, estas células não só reconhecem o que é específico de um organismo, as suas componentes normais, como também identificam macromoléculas do invasor, estranhas ao organismo. No envelhecimento, o sistema imunitário ataca certas partes do corpo como se fossem invasores. A perda de imunidade provoca uma perda de controlo, por parte de vírus latentes, ou uma reação originada por fenómenos de autoimunidade.

A teoria genética, referida por Robert (1994), Pinto (2001), Eliopoulos (2005), tem por base os estudos efetuados por Hayflick. Este investigador estudou culturas celulares de fibroblastos e verificou que havia um potencial limite de replicação, isto é, havia uma diminuição na capacidade de replicação celular. As células não se dividiam mais do que um determinado número de vezes, proporcional à longevidade das espécies, e decresciam com a idade do dador, sendo este fenómeno geneticamente programado. Segundo esta teoria, no ser humano o envelhecimento é a última etapa de um processo genético definido e orientado. É certa a existência de um controlo genético de duração idêntica à da vida, que explica as diferenças marcadas entre a média de vida nas várias espécies animais. Assim, para vários investigadores, o envelhecimento é uma consequência da deterioração da informação genética necessária à formação das proteínas celulares. Por sua vez, a teoria das telomerasas defende que o gradual encurtamento dos telómeros faz com que a célula abandone o ciclo celular e os cromossomas fiquem como que “pegajosos” e fraturem, sendo este encurtamento uma das possíveis justificações do envelhecimento.

Todas as teorias biológicas evidenciam que o envelhecimento é um processo recheado de enigmas e dependente de fatores diversificados. São fatores genéticos e ambientais os determinantes do envelhecimento. Os estudos com animais indicam que 35% dos efeitos do envelhecimento se devem à genética e 65% ao ambiente (Lange & Grossman, 2008).

As teorias sobre o envelhecimento humano tiveram a sua origem nas disciplinas psicossociais. Estas procuram explicar o envelhecimento em termos das mudanças nos comportamentos, na personalidade e na atitude. O desenvolvimento pessoal é considerado um processo que dura toda a vida (*life-span*) e é caracterizado por transições. Os temas principais aprofundados destas teorias são o modo como os processos mentais, as emoções, as atitudes, a motivação e a personalidade, influenciam a adaptação às necessidades físicas e sociais das pessoas idosas (Dacey & Travers, 2002; Stanley, Bair & Beare, 2005).

As teorias sociológicas procuram aprofundar o modo como as mudanças de papel, de relações e de condição social, dentro de uma cultura ou sociedade, afetam a capacidade de adaptação da pessoa ao seu processo de envelhecimento.

Uma das teorias sociológicas sobre o envelhecimento é a da atividade de Havighurst e Albrecht, propondo que a continuidade de uma ocupação e a participação social das pessoas idosas são elementos necessários para um envelhecimento satisfatório (Lange & Grossman, 2008). Uma velhice satisfatória significa ser capaz de realizar atividades importantes para os idosos, apesar de todas as limitações que possam apresentar. Os autores associam a atividade à saúde psicológica, como um meio para prolongar a idade adulta e retardar os efeitos negativos do envelhecimento. A inatividade afeta negativamente o autoconceito e a qualidade de vida percebida pela pessoa, acelerando o envelhecimento. Já na década de 70, Riley e colaboradores desenvolveram a teoria da estratificação por idades, observando que a sociedade está estratificada em categorias de idades diferentes, que são a base para adquirir recursos, papéis, categoria social e respeito dos demais membros da sociedade. Este conceito de estratificação por idades alertou os investigadores sobre a influência dos estratos sociais e as consequências sociais, económicas e políticas na maneira como as pessoas envelhecem (Lange & Grossman, 2008). Ainda segundo Newson e Schulz (1996), a deterioração física dos idosos está associada a poucos contactos sociais, menos apoio social, depressão e a um menor grau de satisfação com a vida, concluindo que as redes sociais são um elemento importante no modo de envelhecer.

A teoria da adaptação da pessoa idosa ao seu ambiente de Lawton (1983), introduziu outros aspetos igualmente importantes, como a aptidão funcional e a relação com o ambiente. A aptidão funcional depende de múltiplas situações intrapessoais, como o fortalecimento pessoal, as competências motoras, a saúde biológica, a capacidade cognitiva e a capacidade sensorio-percetiva, assim como das situações externas ambientais. As capacidades individuais para satisfazer as exigências ambientais dependem do grau funcional e influenciam a capacidade de adaptação ao meio ambiente.

O controlo sobre a própria vida, em todas as situações, é essencial para que os idosos se adaptem a todo o processo de envelhecimento. Adaptar-se é continuar a viver, recorrendo a estratégias para conservar a autoestima e assim conservar um equilíbrio que lhes permite enfrentar novos desafios.

Entre as teorias psicológicas sobre o envelhecimento, a teoria da optimização seletiva com compensação, de Baltes, da década de 1990, defende que as pessoas aprendem a enfrentar as perdas funcionais do envelhecimento através de processos de seleção, optimização e compensação. As pessoas que envelhecem são mais seletivas quanto a atividades e papéis, elegendo aqueles que resultam em maior satisfação. As pessoas adaptam-se ao procurar alternativas quando as limitações funcionais os impedem de continuar com os papéis e atividades anteriores. Assim, a optimização seletiva com compensação é um processo de adaptação positivo que facilita o envelhecimento saudável (Lange & Grossman, 2008).

A gerotranscendência é uma teoria mais recente, desenvolvida por Thornstam, que se debruça sobre o envelhecimento como a transição de um modo de vida mais racional e materialista para uma visão mais transcendente, mais significativa e de relacionamento com os outros (Eliopoulos, 2005). Segundo este autor, os idosos que conservam a sua integridade e os seus valores pessoais, são capazes de aceitar melhor a velhice.

O envelhecimento resulta da interação entre forças genéticas e ambientais e da acumulação de resultados de acontecimentos aleatórios ao longo da vida. Muitas outras teorias têm sido enunciadas, no entanto, todas as que foram desenvolvidas até hoje não explicam cabalmente o processo de envelhecimento. Trata-se de um processo individual e multidimensional. O tipo de vida que se leva e as doenças que surgem têm uma grande parte de responsabilidade no envelhecimento, evitando que seja exclusivamente uma fatalidade biológica.

A nível individual, o envelhecimento depende também do bom ou do mau uso que se faz do corpo e dos hábitos mais ou menos saudáveis. Um envelhecimento saudável implica manter o corpo saudável, através de alimentação adequada, exercício físico, prevenção e tratamento de doenças, treinamento das capacidades intelectuais, pensamento positivo, manutenção de uma rede de contactos sociais, amigos e familiares e interesses múltiplos (Carvalho, 2012). De facto, há muitas pessoas que chegam à velhice com boa saúde, enquanto outras precipitam o envelhecimento, com o abuso do álcool, do tabaco, das comidas com muito sal, muito açúcar e gorduras, ou uma vida muito sedentária. Por exemplo, entre os habitantes de Okinawa, no Japão, onde existem muitos centenários, o fenómeno é atribuído ao meio ambiente, ao exercício físico e mental, à alimentação rica em frutas e pobre em gorduras. Estudos genéticos também parecem concluir que estes habitantes possuem mais genes protetores contra a oxidação e menos genes danosos. Um outro estudo interessante, referido por Saldanha (2009), foi realizado em Itália, com idosos nascidos e vivendo sempre na Sardenha e um grupo de

controlo nascido e tendo vivido sempre na região de Bari. Concluiu-se que muitos dos idosos da Sardenha conseguiram ultrapassar os 100 anos, tendo sido sempre independentes até quase ao fim dos seus dias, mostrando melhor qualidade de vida que os idosos do continente, e a insuficiência cardíaca, o AVC e as doenças malignas verificaram-se em idades mais avançadas do que nos idosos continentais. Os investigadores pensam que, dada a genética similar, bem como a prática do mesmo tipo de alimentação, o clima e a tranquilidade de uma ilha com pequena densidade populacional foram os fatores mais importantes para a melhor qualidade de envelhecimento na Sardenha.

Há certamente genes que intervêm mais na longevidade, mas também depende da forma como nos cuidamos. Há autores que referem que só 10% a 20% das doenças graves, como as neoplasias, seriam provocadas por fatores genéticos, devendo-se sobretudo a causas exógenas como o stresse, o sedentarismo e a alimentação.

Em conclusão, a pessoa envelhece não só ao nível fisiológico mas também social e psicológico. Embora não seja exatamente conhecido quanto influenciam cada um destes fatores no processo de envelhecimento, todos estão implicados, sendo certo que cada idoso é dotado de uma entidade própria que é necessário respeitar.

Assim, entendendo que o processo de envelhecimento não é totalmente determinado pela genética e que o estilo de vida e ambiente são também realmente importantes, a implicação da cada pessoa na prevenção das doenças e na promoção de um envelhecimento saudável e bem-sucedido são fundamentais. O facto de não fumar e ter uma vida ativa e participativa é o necessário para prevenir uma crescente dependência e prolongar uma boa forma física (Squire, 2005).

Compreender o envelhecimento como um processo dinâmico, implica compreender de uma forma global todos os aspetos da vida, como sejam genéticos, biológicos, físicos, químicos, nutricionais, psicológicos, sociológicos, económicos, comportamentais e ambientais, que marcam a individualidade da pessoa humana.

Tal como em outras fases da vida, o envelhecimento exige uma adaptação das pessoas ao processo vivenciado, de forma a manterem o equilíbrio, a sua autoestima e o controlo sobre a sua vida.

1.2. Manifestações do envelhecimento

O ser humano não envelhece de uma só vez, mas de uma forma gradual, parecendo muitas vezes instalar-se o envelhecimento sem que se dê por isso. Velhice não significa doença, no entanto, devido às alterações que progressivamente se vão verificando, fisiológicas, psicológicas e sociais, a probabilidade da doença acontecer é maior, isto é, o idoso torna-se mais frágil aos processos de instabilidade, vulnerabilidade e doença. Neste processo, são atingidos todos os sistemas importantes do organismo e os efeitos dessas mudanças nos contextos ambientais modificam os comportamentos individuais.

Ninguém envelhece da mesma maneira nem ao mesmo ritmo. As pessoas apresentam um ritmo diferente no processo de envelhecimento, daí chamar-se envelhecimento diferencial. Ao contrário da doença, o processo de envelhecimento é um fenómeno normal e universal. As alterações causadas pelo envelhecimento desenvolvem-se a um ritmo diferente para cada pessoa e dependem de fatores externos que determinam a diferenciação como o clima, as agressões físicas e psicológicas, as radiações, o estado nutricional, a educação, as medidas de higiene, os estilos de vida, e de fatores internos como o património genético, hereditário e o estado de saúde (Berger, 1995b).

Assim, são muitas as causas do envelhecimento diferencial, destacando-se, entre outras: *i)* causas genéticas, como a hereditariedade; *ii)* ausência de uso ou mau uso de uma função durante o crescimento e idade adulta, como o envelhecimento acelerado do sistema muscular nas pessoas mais sedentárias; *iii)* fatores de risco que agravam a senescência, como o tabagismo e excessos alimentares; *iv)* as doenças intercorrentes que aceleram o envelhecimento, sobretudo depois dos 70 anos.

Senescência é um processo multifatorial que leva à deterioração fisiológica do organismo. É um fenómeno natural, universal, ligado ao processo de diferenciação e crescimento. Depende de fatores endógenos e exógenos. A senescência não é uma doença mas pode levar a afeções, por redução da reserva biológica dos órgãos e sistemas. Mais cedo ou mais tarde, o equilíbrio homeostático do organismo desregula-se. Os problemas de saúde surgem em momentos de stresse fisiológico porque o organismo já não tem as reservas necessárias para resistir às agressões do meio e manter as funções vitais. A senescência é um processo natural e não é sinónimo de senilidade.

Senilidade é um fenômeno patológico associado à velhice, com origem em disfunções orgânicas. O sinal mais evidente de senilidade é o surgimento de lesões que diminuem ainda mais a capacidade de adaptação do organismo face às alterações do meio ambiente.

O envelhecimento primário refere-se ao processo de senescência normal, enquanto o envelhecimento secundário refere-se ao aparecimento de lesões patológicas, às vezes múltiplas, mas que se mantêm potencialmente reversíveis. Na senescência, ou envelhecimento primário, as qualidades necessárias à vida e à sobrevivência modificam-se e são substituídas por outras. No envelhecimento secundário, a existência de lesões contribui para alterar mais a capacidade de adaptação do indivíduo. Nem sempre é fácil distinguir de maneira precisa o envelhecimento primário do envelhecimento secundário, ou a senescência da senilidade ou doença.

Certos problemas fisiológicos e certas doenças que acompanham o envelhecimento são muitas vezes confundidas com as manifestações do envelhecimento normal. Por exemplo, embora a esclerose das artérias, pela perda de elasticidade e obstrução gradual dos vasos sanguíneos, aconteça com frequência na velhice, não constitui manifestação comum a todos os idosos, nem manifestação do envelhecimento normal, dependendo sobretudo de fatores específicos como os erros metabólicos, o tabagismo ou o modo de vida.

As modificações fisiológicas que se produzem no decurso do envelhecimento resultam de interações complexas entre vários fatores intrínsecos e extrínsecos. Assim, sintetizamos as principais manifestações do envelhecimento, ao nível das células, tecidos, órgãos e sistemas que integram o corpo humano:

a) Células e tecidos

O processo de envelhecimento dá-se a todos os níveis de funcionamento celular, tecidular, orgânico e sistémico. Ao nível celular, as células têm uma longevidade precisa, não se dividem indefinidamente e a sua capacidade mitótica decresce com a idade. Ao envelhecer, as células perdem certos elementos, como o ácido desoxirribonucleico (ADN) e aumentam a percentagem de tecidos gordos e fibrosos à custa dos tecidos magros. Nas células nervosas cardíacas e hepáticas, acumulam-se pigmentos como a lipofuscina e proteínas como a estatina. Estes pigmentos diminuem a capacidade funcional das células. A perda gradual de células é importante: o seu número diminui 30% entre os 20 e os 70 anos (Berger, 1995b).

O número de linfócitos e glóbulos brancos varia. Diminui nos dois primeiros terços da vida e aumenta no último. Os neutrófilos diminuem de forma acelerada pelos 90 anos, contribuindo para o aumento de infeções nos idosos e para que o organismo reaja ao stresse e se adapte, a homeostasia tem de ser mantida.

Ao nível tecidual, o surgimento das rugas está relacionado com a modificação da gordura subcutânea e a perda de elasticidade da pele. Os elementos que compõem a massa corporal modificam-se durante a velhice por causa das perdas ósseas e do cálcio, diminuição dos tecidos musculares e orgânicos e das perdas de peso totais. Mesmo que o peso do idoso se mantenha estável, a proporção de tecidos gordos aumenta, a gordura acumula-se mais nas ancas e no abdómen e menos na cara e a aparência corporal modifica-se.

b) Músculos, ossos e articulações

As alterações no aparelho locomotor são as que surgem mais rapidamente. Modificam a aparência, a estrutura física e o seu funcionamento. Os músculos do tronco, dos braços e das pernas atrofiam-se com o tempo, conduzindo a uma deterioração do tónus muscular e perda de força. Aumenta o tecido gordo no interior dos músculos. Nota-se o tremor das mãos, dos braços e da face. As articulações e os ligamentos calcificam-se, ossificam e as articulações diminuem porque as superfícies articulares são alteradas. Os tendões endurecem, causando diminuição nas suas contrações (Eliopoulos, 2005).

Os ossos também sofrem modificações, pois devido aos processos de reabsorção do cálcio os ossos tornam-se mais frágeis e porosos, o que se designa por osteoporose, mais acentuada nas mulheres após a menopausa (WHO, 2007). De facto, ao longo da vida, as mulheres perdem cerca de 50% da sua massa óssea trabecular e cerca de 30% da sua massa óssea cortical, enquanto os homens só perdem dois terços desse valor (Azeredo, 2011). Este processo é também responsável pela perda de dentes devido à desmineralização do osso em tornos dos dentes.

A redução da altura é também um fenómeno que acontece com o envelhecimento. A coluna vertebral perde 1,2 a 5 centímetros por estreitamento das vértebras dorsolombares. É também mais marcado nas mulheres do que nos homens. Esta alteração cria um efeito de desproporção, pois os braços e as pernas mantêm o seu comprimento. Surge uma acentuação da curva natural da coluna vertebral, a “cifose”. Para se manter equilibrado, o idoso tende a

inclinarem-se para a frente. Alterações nas curvaturas da coluna torácica e lombar e inclinação do corpo para a frente, contribuem para a diminuição da estatura e para anomalias posturais (Lustri & Morelli, 2004). A cavidade torácica diminui de volume e as costelas deslocam-se para baixo e para a frente, devido ao resultado da osteoporose das costelas e diminuição das massas musculares intercostais e atrofia dos músculos respiratórios. Nas mulheres, os seios atrofiam-se e tornam-se pendentes. Estas mudanças da estatura afetam a aparência física, pessoal, postural e a marcha, podendo causar problemas respiratórios, cardíacos e ou digestivos (Farinatti, 2008).

c) Pele e tecido subcutâneo

A pele é também uma das estruturas a modificar-se com a idade. Juntamente com o cabelo, as unhas e os pêlos permitem constatar o envelhecimento. A renovação da epiderme faz-se mais lentamente. Há uma perda de elastina, a quantidade de colagénio também diminui e a camada epitelial torna-se mais delgada. As células têm dificuldade em conservar os líquidos e hidratar a pele. A derme torna-se seca, perde a resistência e a elasticidade e os capilares da pele atrofiam-se. No entanto, o interior da pele conserva o tónus e a elasticidade, visto ser responsável pela regeneração e cura dos tecidos. As glândulas sebáceas tornam-se menos ativas e lubrificam menos a pele e as glândulas sudoríparas também se atrofiam e modificam o controlo da temperatura corporal por sudação. A gordura subcutânea está ausente em muitos idosos, notando-se a presença de prega cutânea. As proeminências ósseas tornam-se mais evidentes, os ossos dos maxilares acentuam-se, as maçãs do rosto tornam-se mais salientes e as órbitas oculares afundam-se. O nariz, as orelhas e os lobos das orelhas alongam-se, as pálpebras e as faces descaem (Berger, 1995b).

O aparecimento das rugas é o sinal exterior mais revelador de velhice. Formam-se pregas e rugas. A perda de elasticidade da pele, a diminuição do tecido subcutâneo, as radiações solares e a nutrição, contribuem para esta alteração. Verifica-se hipertrofia das células de pigmentação com aparecimento de manchas na epiderme, palidez causada pela perda de capilares e melanócitos (sendo confundida com anemia), secura e descamação da pele, hiperplasia vascular com presença de varicosidades, angiomas benignos, equimoses e traumatismos, pela fragilidade da derme e dos vasos, telangiectasias (dilatação de pequenos vasos subcutâneos que se tornam visíveis a olho nu e forma rastros, estrelas ou pontos vermelhos sob a pele) e ainda hiperqueratose seborreica que são manchas pretas sob a pele

localizadas à saída das glândulas sebáceas (Berger, 1995b). A suscetibilidade ao cancro da pele torna-se maior. A quantidade de provitamina D₃ está reduzida, pelo que também está reduzida a capacidade de sintetizar a vitamina D (Azeredo, 2011).

d) Tegumentos – cabelos, unhas e pêlos

Os pêlos tornam-se mais raros e caem, exceto na cara. Nas mulheres, podem crescer no queixo e na cara, por cima do lábio superior. Nos homens, crescem nas orelhas e nas narinas. Os pêlos das sobrancelhas tornam-se mais espessos e duros. Estas alterações estão relacionadas com as hormonas androgénicas e estrogénicas que também diminuem.

A perda de cabelo vai sendo acentuada com a idade. Os cabelos rarificam-se, tornam-se menos espessos, menos fortes e menos volumosos, e tornam-se acinzentados progressivamente. O crescimento das unhas torna-se mais lento, e estas tornam-se mais secas e quebradiças.

Regra geral, os sinais exteriores de envelhecimento são mal aceites, porque modificam a imagem corporal. É a este nível que a adaptação se torna mais difícil, porque afeta a auto-imagem mas, raramente provocam problemas funcionais importantes.

A redução das células e a perda de reservas fisiológicas atinge todos os órgãos. Mesmo que não aconteça ao mesmo ritmo para todos, as funções vão-se deteriorando.

e) Sistema cardiovascular

Pode acontecer a diminuição da capacidade máxima do coração, pela perda de eficácia da contratilidade do músculo cardíaco, o que não perturba o estado de saúde porque todas as outras funções metabólicas também estão diminuídas. O coração do idoso normalmente não responde tão eficazmente ao esforço e tem de consumir mais energia, necessitando de mais tempo para se recompor. A degeneração cálcica das válvulas cardíacas é das patologias mais frequentes nos idosos. Quando há necessidade de fazer mais esforço, pode surgir doença isquémica, insuficiência cardíaca ou arritmia.

As artérias e as arteríolas perdem elasticidade ao envelhecer. As fibras elásticas vasculares tornam-se mais frágeis, fragmentam-se, rigidificam e calcificam, favorecendo os processos de arteriosclerose (diminuição do diâmetro e endurecimento das paredes das artérias). A diminuição do débito cardíaco e perda de elasticidade das artérias diminui o aporte de sangue

a todos os órgãos (Eliopoulos, 2005). As alterações nas artérias são a principal determinante na impedância arterial que afeta a ejeção pulsátil do sangue que sai do coração. A velocidade de onda de pulso causa uma onda de reflexão da periferia para a aorta ascendente que ocorre durante o período de ejeção ventricular, causando um contínuo aumento da pressão aórtica e carotídea, resultando numa TA sistólica aumentada. Este aumento crónico da pressão de pulso causa dilatação da aorta.

As veias perdem tonicidade muscular e diminui a eficácia das válvulas venosas, atrasando o retorno venoso ao coração, provocando estase venosa e edema. A permeabilidade dos capilares também está alterada dificultando o processo de nutrição e eliminação a nível dos tecidos. Estes fenómenos predis põem a hipoxia dos tecidos e a formação de trombos.

f) Sistema respiratório

A dispneia surge no idoso por efeito do stresse ou da fadiga. As principais modificações surgem por perda de elasticidade dos tecidos e permeabilidade. A capacidade inspiratória diminui por calcificação da cartilagem intercostal, diminuição da contratilidade dos músculos inspiratórios, perda de elasticidade do tecido pulmonar e enfraquecimento dos músculos do diafragma e intercostais. Os pulmões tornam-se menores e mais rígidos. A capacidade residual funcional tende a aumentar, diminuindo a capacidade vital (quantidade de ar expirado após uma inspiração máxima). Com uma troca gasosa menos eficaz, diminuição do reflexo da tosse e as alterações nos cílios, o idoso está em maior risco para desenvolver infeções respiratórias, como a pneumonia e a bronquite crónica (Azeredo, 2011; Eliopoulos, 2005).

g) Sistema renal e urinário

Os rins diminuem de tamanho com a idade, diminuindo a sua função tubular. A frequência urinária e a nictúria estão relacionadas com a diminuição da capacidade e enfraquecimento dos seus músculos. O esvaziamento da bexiga é mais difícil, podendo resultar na retenção de urina.

Segundo Siviero, Taufer e Mastroeni (2000), a nefropatia geriátrica pode ser resultado da supernutrição proteica. Diferentes processos patológicos como a insuficiência cardíaca, a diabetes, as infeções urinárias, podem comprometer a capacidade funcional do rim.

Azeredo (2011), refere que a taxa de filtração glomerular (TFG) e o fluxo sanguíneo tendem a estar diminuídos, contudo, na ausência de doença, o rim é capaz de manter as trocas eletrolíticas e a composição dos fluidos corporais. Ainda segundo esta autora, a bexiga vai perdendo a sua capacidade de expelir toda a urina, aumentando o volume residual. A atrofia da uretra, o enfraquecimento da musculatura pélvica, associado à perda de elasticidade uretral e do colo vesical, favorece o aumento da frequência de micções e incontinência urinária, sobretudo nas mulheres.

h) Sistema gastrintestinal

Ocorre a perda do apetite e capacidade de digerir e absorver os alimentos. As sensações do paladar estão diminuídas porque a língua atrofia-se e afeta as papilas gustativas. Menor sensação de sede e menor ingestão de fluidos também se verificam com o avançar da idade. Doenças periodontais que obrigam à perda dos dentes e próteses mal ajustadas, podem prejudicar a ingestão dos alimentos. A secreção salivar está reduzida, dificultando a mastigação e a deglutição. A quantidade diminuída de saliva é acompanhada de maior viscosidade (Eliopoulos, 2005). Devido a alterações subtis nos mecanismos da deglutição, deglutir pode demorar o dobro do tempo. O esófago tende a ficar mais dilatado e o seu esvaziamento torna-se mais lento, o que causa desconforto pois os alimentos permanecem ali mais tempo. A atrofia da mucosa gástrica, a diminuição da secreção gástrica leva à diminuição da absorção do cálcio e ferro. A diminuição da ação dos sais biliares conduz à má absorção da gordura. A insuficiência pancreática explica a alteração na absorção de gorduras com retenção de lípidos no plasma. Também acontece a redução da absorção de substâncias nutritivas no intestino delgado por atrofia e diminuição das superfícies absorventes das paredes intestinais. A diminuição da motilidade do intestino grosso é devida a uma diminuição da capacidade de resposta dos neurotransmissores e a um défice de enervação, bem como a uma diminuição de água nas fezes e diminuição de produção de muco pelo cólon, traduzindo-se numa maior tendência para a obstipação crónica (Azeredo, 2011).

i) Sistema nervoso e sensorial

O sistema nervoso é o órgão da consciência, do conhecimento, da ética e do comportamento, sendo a sua estrutura a mais complexa do organismo humano.

Com o avançar da idade vai ocorrendo uma redução no peso do cérebro e no fluxo sanguíneo, mas essas modificações não parecem afetar o raciocínio e o comportamento (Eliopoulos, 2005), ocorrendo diminuição das células nervosas e a velocidade da condução nervosa torna-se mais lenta. Essas modificações manifestam-se nos reflexos mais lentos e são mais demoradas as respostas aos estímulos. Embora não esteja confirmado que com o envelhecimento haja uma atrofia generalizada, parece antes haver alterações atróficas localizadas, sendo que o cérebro humano tem plasticidade suficiente para se adaptar a perdas funcionais importantes, pelo que as alterações podem não ser acompanhadas de défices funcionais significativos (Azeredo, 2011). Como o cérebro afeta o ciclo de sono-vigília, acontecem mudanças no padrão de sono, com o despertar frequente, embora apenas uma pequena quantidade de sono seja perdida.

Os órgãos dos sentidos são muito importantes não só para a vida de relação, como também para dar qualidade à vida das pessoas. Assim, verifica-se redução do paladar, do olfato, da visão e da audição. A atrofia das papilas gustativas reduz a sensibilidade aos paladares: o doce, salgado, amargo e azedo. Com o envelhecimento, estas alterações do gosto processam-se da ponta da língua para a parte posterior. Assim, o primeiro sabor a diminuir a sua intensidade é o doce que é captado na parte dianteira da língua, seguido do salgado (captado na parte central da língua), sendo que para os idosos os alimentos têm cada vez mais um paladar ácido e amargo. Isso explica a apetência dos idosos para comidas mais doces e mais salgadas. Os medicamentos podem causar alteração do paladar e boca seca (xerostomia). A sensação de ardor na boca, por vezes, causa a rejeição dos alimentos (especialmente na mulher), pode ser causada por vários fatores, nomeadamente infeções, diminuição da saliva, deficiência de esterógenes, neuropatias sensoriais, entre outros.

Os órgãos dos sentidos declinam em acuidade com o envelhecimento. Os prejuízos da visão e da audição são os que trazem maiores problemas, pois são de grande importância na realização das atividades de vida diárias e no convívio social.

Os maiores problemas da visão são as cataratas, glaucoma, retinopatia diabética, entre outros. A diminuição da visão pode limitar a pessoa na condução automóvel, no atravessar a rua, na leitura ou na execução de tarefas que gostaria de realizar mas já não é capaz por falta de visão. Poderá ser impedida de realizar atividades que poderiam ser gratificantes.

Relativamente à audição, cerca de 50% das pessoas com mais de 75 anos tem perda da acuidade auditiva. Este declínio pode ser determinado por fatores genéticos e pela exposição excessiva a ruídos e substâncias ototóxicas. A pessoa fica com dificuldade de localizar sinais sonoros, discriminar a origem de sons diferentes e dificuldade em compreender os discursos das outras pessoas, e quando há mais barulho envolvente a audição fica ainda mais prejudicada, limitando a sua capacidade de participação na vida de relação.

À medida que vão envelhecendo, as pessoas vão também perdendo o olfato. Este permite apreciar a comida e a bebida, permite a deteção de cheiros que podem tornar-se orientadores de ações importantes. As pessoas perdem igualmente sensibilidade na palma das mãos e na planta dos pés, alterando-se igualmente a perceção dos estímulos dolorosos. As alterações do tato e da sensibilidade facilita a ocorrência de quedas quando a pessoa caminha e muda de plano ou quando tem de subir degraus ou na ocorrência de queimaduras (Patten & Craik, 2000).

j) Sistema endócrino

A tiróide apresenta-se com fibrose, infiltração celular e frequentemente com nódulos. A reduzida atividade da tiróide causa diminuição do metabolismo basal. A glândula tiróide atrofia-se progressivamente, mas em geral a sua função permanece adequada. A glândula hipofisária diminui de volume. A hormona somatotrófica de crescimento permanece presente em quantidades similares, mas ao nível sanguíneo permanece reduzida com o envelhecimento. A secreção gonadal diminui com a idade, incluindo a testosterona, estrogénios e progesterona. Existe uma libertação insuficiente de insulina pelas células beta do pâncreas e uma diminuição na sensibilidade à insulina circulante. A capacidade de metabolizar a glicose também está reduzida.

k) Sistema imunitário

A resposta imunológica está diminuída nos idosos, tornando as infeções um risco significativo. A massa tímica é perdida regularmente. As células T do timo são mais imaturas. As reações às vacinas da gripe são menos efetivas, embora sejam recomendadas, e muitas vezes os processos inflamatórios que surgem apresentam-se atípicos, com febres de baixo grau e dor mínima (Eliopoulos, 2005).

l) As aptidões cognitivas – as modificações mentais

A capacidade de comunicar eficazmente através da linguagem mantém-se estável em toda a vida adulta. As pessoas idosas têm mais dificuldade em compreender mensagens longas ou complexas. Revelam um discurso mais repetitivo, são mais lentas nos seus processos de raciocínio, são mais lentas nos aspetos perceptivos, mnésicos e cognitivos, assim como nas suas funções motoras. As pessoas com 60 ou 70 anos que são mais saudáveis e instruídas revelam prejuízos menores nestas aptidões.

As modificações psicológicas podem ser influenciadas pelo estado de saúde em geral, por fatores genéticos, educacionais, mudanças físicas e sociais. A deficiência de órgãos sensoriais pode prejudicar a interação com o ambiente e com as pessoas, influenciando o estado psicológico. Mudanças drásticas na personalidade, normalmente não ocorrem com a velhice. A pessoa idosa que é dócil e gentil, provavelmente já o era quando era jovem. A alegada rigidez psicológica das pessoas idosas é mais o resultado de limitações físicas do que a mudança de personalidade. A moral, a atitude e a autoestima tendem a ser estáveis durante o ciclo de vida.

No que diz respeito à memória, a recuperação da informação da memória de longo prazo pode ser mais lenta se a informação não for usada diariamente. Alguns esquecimentos podem ser melhorados com o uso de auxiliares, como fazer anotações, ou colocar objetos em lugares consistentes.

Relativamente ao funcionamento intelectual, parece que as capacidades cristalizadas ou o conhecimento adquirido no decurso do processo de socialização tende a permanecer estável e as capacidades fluidas, envolvidas na solução de problemas novos, tendem a declinar. A inteligência básica é mantida. Não nos tornamos mais ou menos inteligentes com a idade. A capacidade de compreensão verbal e de operações aritméticas não se modifica. A inteligência cristalizada que surge do hemisfério dominante é mantida, permitindo que o idoso use o que aprendeu em experiências anteriores para a resolução de problemas. A inteligência fluida do hemisfério não dominante do cérebro, que controla as emoções, retém a informação não intelectual, a capacidade criativa e estética, acredita-se que vá declinando ao longo da vida.

Sobre a aprendizagem, existem alguns fatores que podem alterar a capacidade de aprendizagem nos idosos, nomeadamente, a motivação, a atenção ou doenças existentes. A aprendizagem ocorre melhor quando a informação está relacionada com conhecimentos

previamente aprendidos. Demonstram ainda uma diminuição na capacidade de reter a atenção durante mais de 45 minutos, distraindo-se com informações e estímulos menos relevantes, sendo menos capazes de realizar tarefas com maior grau de dificuldade ou que exijam desempenhos simultâneos (Eliopoulos, 2005).

Os idosos encontram-se numa situação muito particular da sua vida, que não é apenas inerente à idade que têm mas também a todos os acontecimentos que foram ocorrendo ao longo da sua existência. A capacidade para se manterem independentes está associado a fatores de natureza biológica, a que se juntam todos os outros de natureza psicológica e social. A independência está relacionada com a capacidade de manter funções de autocuidado (lavar, vestir, cuidar de si) e atividades de manutenção de vida diária (compras, telefonar, orientação no tempo e espaço).

O estabelecimento de estratégias que detetem precocemente a ocorrência de fatores, na maioria das vezes silenciosos, que levam à doença ou a complicações de doenças já diagnosticadas, será o ponto crucial. Investigações que suportem políticas públicas relacionadas com os idosos serão de fundamental importância nas próximas décadas para que se controle o perfil epidemiológico crónico-degenerativo de uma situação potencialmente crítica (tanto em termos de saúde pública quanto em termos de custo social), para uma situação controlável que eleve a qualidade de vida dos idosos. O desafio é fazer com que o envelhecimento se processe cada vez mais com melhor qualidade, em todos os domínios (físico, mental, social, espiritual) com conservação da autonomia e bem-estar.

É necessário que, tanto os idosos como a sociedade envolvente, promovam o envelhecimento saudável, potencializando de todos os modos as suas capacidades e criando uma cultura de respeito pelos idosos, ao mesmo tempo que cuidam mais da sua saúde física e psíquica.

Concluindo, as alterações progressivas e irreversíveis dos órgãos e tecidos decorrentes do processo de envelhecimento são inevitáveis, tornando o idoso, embora de uma forma individual e heterogénea, mais vulnerável a fatores internos e externos favoráveis à ocorrência de doenças crónico-degenerativas. No entanto, a evidência de tais alterações pode ser adiada e controlada na sua intensidade e evolução mediante medidas de prevenção.

1.3. Envelhecimento ativo, saudável e bem-sucedido

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, constitui hoje um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países (DGS, 2006a). A OMS e a Comissão da União Europeia valorizam um conjunto de aspetos fundamentais que contribuem para um envelhecimento saudável: *i)* a autonomia, como uma vertente central do envelhecimento saudável; *ii)* a aprendizagem ao longo da vida, para que se conservem as capacidades cognitivas e a independência; *iii)* manter-se ativo, como uma das formas que mais contribui para a manutenção da saúde, nas diversas componentes, física, psicológica e social (DGS, 2006a).

Concorrem para a autonomia da pessoa idosa, as suas funções mentais e cognitivas que têm tendência a diminuir com a idade. Estas podem ser prevenidas através de várias atividades estimuladoras destas capacidades, como a leitura, os treinos de memória, os jogos, a escrita, a aprendizagem de novos conhecimentos, as atividades manuais, o convívio e a interação com outras pessoas e amigos.

Conviver é muito importante para a promoção do envelhecimento saudável. Todas as estratégias que promovam o convívio e a sociabilidade são importantes para as pessoas idosas, tendo efeitos na saúde, na qualidade de vida e no seu bem-estar, prevenindo a solidão, o isolamento social e a depressão (DGS, 2004a; Fernandes, 2010; Saldanha, 2009), permitindo aos idosos o contacto com as novidades e as notícias do que vai acontecendo pelo mundo, mantendo-os atualizados. Podem ainda ser introduzidas novas atividades para estabelecer uma rotina diária e obter um estilo de vida mais saudável. Estimular o funcionamento cerebral é importante, como contar histórias e recordar detalhes de acontecimentos vividos.

Fundamental é igualmente a prevenção das doenças mais comuns nas pessoas idosas, como as doenças cardiovasculares, osteoarticulares, respiratórias e as neoplasias. A DGS (2004a), aponta várias estratégias para a sua prevenção, como: *i)* atividade física regular, adequada à idade e ao estado de saúde; *ii)* cuidados com a alimentação, evitando o consumo de sal, de gorduras, açúcar e aumentando a ingestão de frutas e vegetas; *iii)* diminuição do excesso de peso, cessação de hábitos tabágicos e realização periodica do controlo da TA, da glicemia e do colesterol. Ainda a diminuição da exposição demorada ou excessiva ao sol e a realização

dos rastreios periódicos de saúde são aconselhados na promoção de um envelhecimento saudável.

Uma boa alimentação é importante em todas as etapas da vida e mais particularmente nas idades mais avançadas, pois os nutrientes que constituem os alimentos promovem o fortalecimento dos ossos e músculos e fornecem a energia ao corpo, essencial para a manutenção das suas funções vitais. Fazer uma dieta equilibrada reduz o risco de doenças e pode melhorar a qualidade de vida das pessoas que sofrem de doenças crónicas (DGS, 2004b). Uma alimentação saudável contribui para maior qualidade de vida, pois ajuda na manutenção da independência e aumenta a capacidade para o desempenho das atividades diárias. Embora os idosos necessitem de uma alimentação com menos calorias, são sempre essenciais os nutrientes, fornecidos pelos alimentos. Uma alimentação completa e correta para as pessoas idosas, deve incluir alimentos de origem animal, vegetal e água. São eles que transportam os nutrientes necessários para manter em atividade todo o organismo e devem ser fornecidos em quantidade e qualidade variáveis e equilibradas (Saldanha, 2009).

O envelhecimento pode ser vivido num corpo são e mente sã. Uma forma importante de o conseguir é através da prática de exercício físico moderado e regular (Fernandes, 2010; Nunes, 2008). Ao nível físico, há benefícios na locomoção e no fortalecimento dos membros inferiores, músculos e articulações. Reforça os músculos abdominais e lombares, previne as dores crónicas e melhora a postura corporal. Favorece ainda o controlo do peso corporal, estimula a circulação sanguínea e otimiza os ciclos respiratórios. O exercício físico contribui também para diminuir o risco das doenças cardiovasculares, uma vez que auxilia na manutenção dos valores normais da TA, da glicemia e do colesterol, com redução dos valores do colesterol LDL e aumento do colesterol HDL (Fernandes, 2010).

Realizar exercício físico moderado é investir na manutenção da autonomia, na redução de ansiedade e stresse, facilitando a integração social e o estabelecimento de relações de amizade e convívio social, indispensáveis à qualidade de vida e envelhecimento saudável. Fazer caminhadas ou ginástica de relaxamento ou exercícios na água, bicicleta, golfe, dança, são os mais recomendados (Araújo, 2011; Hayward, 2003; Llano, Manz & Oliveira 2004; Lopez, 2002).

A qualidade de vida das pessoas idosas está correlacionada com o seu estado funcional, em geral, e com a capacidade de ter uma atividade física normal, em particular (Saldanha, 2009).

Conseguir movimentar-se no meio que o rodeia é um dos componentes essenciais para a autonomia e independência do idoso.

Manter a capacidade funcional com ausência de doenças e uma vida social ativa e rica em relações interpessoais, são elementos que definem o envelhecimento saudável (Pérez-Castejón Garrote, Durany Tiirk, Garrigós Toro & Olivé Torralba, 2012). Similar é também a definição de envelhecimento saudável de Rowe e Khan (1998), que prioriza o baixo risco de doenças e incapacidades funcionais relacionadas com as doenças, o funcionamento mental e físico excelente, e o envolvimento ativo com a vida (Figura 1). Para estes autores, os fatores chave para um envelhecimento saudável são a capacidade para manter uma boa função física e mental, uma atitude de compromisso com a vida e a ausência de doenças e incapacidades relacionadas com estas, associado a segurança económica e controlo pessoal (independência, dignidade, autoestima e apoio social).

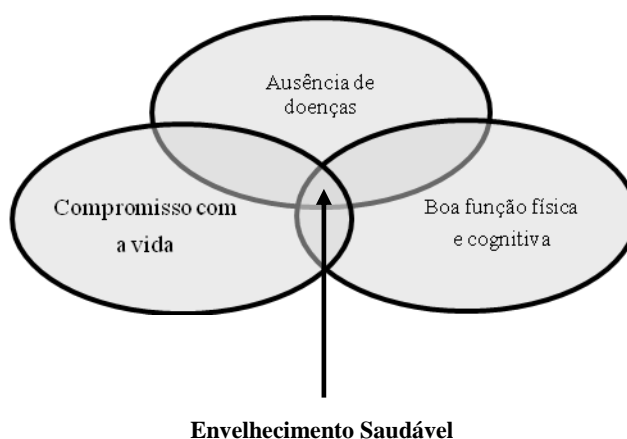


Figura 1. Componentes do envelhecimento saudável

(Adapt. Pérez-Castejón Garrote et al., 2012, p.41)

Alguns fatores têm demonstrado ter um valor preditivo positivo no envelhecimento saudável: bom nível social e económico, peso corporal baixo, boa função pulmonar, boa função cognitiva, ausência de diabetes e HTA e participação em atividades físicas e sociais. Investigadores da universidade de Harvard realizaram um estudo sem precedentes, incidindo sobre a saúde física e mental de 724 pessoas adultas durante o seu envelhecimento, e ao longo de 60 anos identificaram sete fatores que parecem predizer um envelhecimento saudável e feliz: o consumo moderado de bebidas alcoólicas, não fumar, um casamento estável, o exercício físico, o peso adequado, os mecanismos positivos para lidar com as dificuldades e a ausência de depressão (Pérez-Castejón Garrote et al., 2012).

É justamente por considerar que é possível viver com vitalidade durante a velhice que Fernández-Ballesteros (2002) defende a promoção de um envelhecimento saudável, através de programas de intervenção multidisciplinar, capazes de responder de forma sistemática às necessidades das pessoas idosas, que desejam prosseguir o seu crescimento pessoal, otimizar as suas potencialidades e compensar os declínios que podem ocorrer. Num programa para pessoas idosas, “*Viver com Vitalidade*”, esta autora apresenta cinco objetivos: 1) eliminar conceitos erróneos sobre o envelhecimento; 2) transmitir conhecimentos sobre como envelhecer bem de forma ativa e competente; 3) promover estilos de vida saudáveis; 4) treinar estratégias de otimização de competências cognitivas, emocionais, motoras e sociais; 5) promover o desenvolvimento pessoal e a participação social. Para a concretização destes objetivos, a autora centra-se em cinco áreas temáticas: envelhecer bem – o que é e como se pode conseguir; cuidar do corpo; cuidar da mente; envelhecer com os outros e lidar com o inevitável. A metodologia utilizada é de abordagem teórica e teórico-prática, através da apresentação dos temas e de exercícios para o desenvolvimento de competências. Prevê ainda um sistema de avaliação que permite a verificação de potenciais mudanças no comportamento e nos hábitos individuais.

Se bem que o que acontece nos primeiros cinquenta anos de vida tem influência no que acontecerá na velhice, o envelhecimento saudável no idoso é possível com a modificação das vias que conduzem à incapacidade e à dependência, como comorbilidades resultantes de alterações fisiológicas como a sarcopenia e o hipometabolismo (Figura 2).

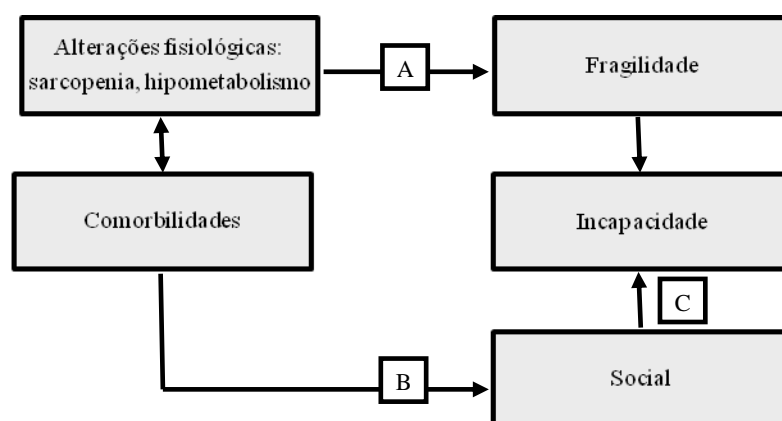


Figura 2. Vias que conduzem à incapacidade
(Adapt. Pérez-Castejón Garrote et al., 2012, p.45)

Correia (2003), afirma que os fatores intrínsecos isolados, muito importantes no processo de envelhecimento, não são dominantes depois dos 65 anos, sendo que o contributo da hereditariedade diminui a favor do ambiente. Como consequência, a velhice é suscetível de correções, evitando-se muitos dos constrangimentos decorrentes de doenças crónicas.

Berger (2005b), defende que há algumas atitudes das pessoas idosas que são recomendáveis e benéficas para a promoção do envelhecimento saudável:

a) Aceitar, que há modificações que são inevitáveis e compreender que todos os períodos da vida têm aspetos que são agradáveis. Aprender a descobrir aspetos agradáveis de todas as etapas da vida é uma arte que deve ser cultivada. Pode descobrir que é agradável praticar certo tipo de desporto, cultivar amizades, abrir janelas que vão deixando descobrir aspetos diferentes da paisagem da vida humana.

b) Prevenir, significa estar atento às mudanças e corrigir as limitações que vão surgindo ao nível do seu funcionamento. É preciso continuar a manter objetivos na vida, mantendo atividades que fazem sentido para si.

c) Manter exercício físico regular, pois os idosos que mantêm uma atividade física com regularidade e adequada à sua idade, podem ter, em várias medidas, melhor desempenho intelectual. O exercício físico melhora a função músculo-esquelética, a resistência ao esforço, o funcionamento do aparelho cardiovascular e as funções intelectuais. As pessoas que mantêm uma atividade mental estimulante e uma boa forma física, costumam revelar menor declínio do funcionamento cognitivo com o envelhecimento. Um programa regular de exercício físico melhora a preparação músculo-esquelética e a função cardiovascular. Esta última contribui para as funções cognitivas.

d) Cultivar a independência, atitude relativa ao arranjo pessoal e atividades da casa. Ter responsabilidades que a pessoa possa realizar com êxito, dá mais sentido à vida e evita o desgaste. Incentivar a independência e as tomadas pessoais de decisão ajuda a prolongar a vida.

A sabedoria é outro fator importante na abordagem do envelhecimento saudável. Baltes e Smith (1990), definem a sabedoria como uma função pertinente que se vai conquistando ao longo da vida. A sabedoria, para estes autores, será o resultado do processo de revisão da vida e só alcançado na velhice, sendo considerada como um dos maiores ganhos desta fase da vida, uma vez que permite ir para além das perdas vividas no processo de envelhecimento.

Envelhecer saudavelmente representa um enorme desafio e responsabilidade pessoal mas também da sociedade, incluindo os serviços de saúde, nomeadamente os cuidados de saúde primários (CSP), na implementação e melhoria de estratégias de intervenção que mobilizem respostas de satisfação das necessidades específicas da população idosa (DGS, 2006a).

O programa nacional para a saúde das pessoas idosas, previsto para um horizonte temporal 2006-2010, assentava em três pilares fundamentais: 1) promoção de um envelhecimento ativo ao longo da vida; 2) maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas; 3) promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas (DGS, 2006a).

A finalidade deste programa contemplava o seu contributo para a generalização do conceito de envelhecimento ativo nas pessoas com 65 ou mais anos de idade e para a obtenção de ganhos em anos de vida com independência (DGS, 2006a).

A evolução nos paradigmas sobre o envelhecimento, trazem para a discussão a possibilidade deste poder ser vivido com satisfação, saúde e bem-estar, instigando a busca de variáveis que interferem no alcance de um envelhecimento saudável e bem-sucedido (Cupertino, Rosa & Ribeiro, 2007).

Todo o investimento na promoção de um envelhecimento saudável e bem-sucedido tem compensações pessoais, sociais e económicas significativas. Quanto mais saudável for a população idosa, menores serão os encargos com os cuidados de saúde e sociais. Conseguir viver o mais tempo possível de forma independente, com autonomia e saúde tem de ser um objetivo individual de vida e uma responsabilidade coletiva, das comunidades e da sociedade.

Sob o auspício das Nações Unidas, realizou-se em Viena, em 1982, a I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, com a finalidade de impulsionar uma tomada de consciência desta nova e complexa realidade social e debater propostas que permitissem abordar satisfatoriamente as necessidades específicas dos idosos. O aumento da longevidade constitui um novo cenário global que implica promover políticas e programas de envelhecimento ativo em todo o mundo. A responsabilidade é assegurar que o envelhecimento ativo venha a ser uma das grandes realizações de saúde do século XXI (WHO, 2002a).

Tal como foi afirmado em 1996, na Declaração sobre o Envelhecimento da OMS, em Brasília, as pessoas idosas com saúde são um recurso para a família, para a comunidade e para a economia dos países. Quanto mais ativas, maior é a sua contribuição para a sociedade. As

Nações Unidas designaram, em 1999, o Ano Internacional das Pessoas Idosas e, em 2002, a OMS avançou com o novo conceito de envelhecimento ativo. No mesmo ano, Madrid organizou a 2ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (Aparício Alonso, 2004). Em 2010, a população com 65 ou mais anos na UE era de 87 milhões, mais de 17% do total da população (Comissão Europeia, 2011). Em resposta a estas alterações demográficas, o Parlamento Europeu e a Comissão Europeia nomearam 2012 como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, desafiando os países a estratégias de desenvolvimento de forma a possibilitar que os anos ganhos de vida sejam pessoalmente satisfatórios e ativos na vida familiar e comunitária. O principal objetivo é facilitar a cultura do envelhecimento ativo na Europa baseada numa sociedade para todas as idades, conforme o Programa Europeu do Envelhecimento Ativo. Os governos procuram então formas de envolver as pessoas idosas na sociedade, mantendo-as ativas pois, independentemente da idade, todos podem continuar a desempenhar um papel na sociedade e usufruir de uma boa qualidade de vida. O desafio consiste em aproveitar da melhor forma o enorme potencial que cada pessoa pode conservar até ao fim da vida, sobretudo em três grandes domínios: 1) Emprego: à medida que a esperança de vida aumenta em toda a Europa, a idade da reforma aumenta também, sendo necessário equacionar melhores perspetivas de emprego aos trabalhadores mais idosos; 2) Participação na sociedade: sair do mercado de trabalho não significa ficar inativo. São muitos os idosos que depois da reforma, cuidam dos netos, do cônjuge, além de fazer muito trabalho comunitário e de voluntariado; 3) Autonomia: a saúde vai sendo mais precária à medida que a idade avança mas as suas consequências podem ser atenuadas de várias maneiras. Pequenas mudanças podem significar melhorias consideráveis na vida das pessoas idosas e das suas capacidades para se manterem autónomas o máximo de tempo possível (OMS, 2005).

A crença tradicional de que a reforma equivale ao início de uma etapa marcada pela passividade e a dependência vai sendo ultrapassada e cada vez mais se corrigem ideias e preconceitos sobre o papel que as pessoas idosas podem desempenhar no seio da comunidade. É importante que a pessoa idosa consiga viver com as alterações que vão ocorrendo no seu processo de envelhecimento, quer ao nível físico, psicológico ou social, mantendo-se ativa ao longo da vida. A própria pessoa assume a responsabilidade de orientar a sua vida, através de escolhas conscientes, otimizando todas as oportunidades para a manutenção da sua saúde, para a participação em questões sociais, económicas e culturais, cívicas e espirituais e para a sua segurança, melhorando a sua qualidade de vida (WHO, 2002a).

A OMS, defende que as pessoas idosas se tornem participantes ativos na comunidade e as sociedades promovam programas que melhorem a saúde e a autonomia, favorecendo o envelhecimento ativo. O envelhecimento ativo é então um processo de “otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que se envelhece” (WHO, 2002a, p.12). Permite desenvolver o potencial de bem-estar físico, social e mental ao longo da vida, conforme as necessidades, desejos e capacidades do indivíduo (Fernández-Ballesteros, 2000; Viegas & Gomes, 2007). Para estes autores, o envelhecimento ativo pretende ser uma redefinição positiva do envelhecimento e da velhice, evocando imagens específicas de vitalidade, atividade, autonomia e independência, quer ao nível das atividades de vida diária (AVDs), quer ao nível das atividades instrumentais de vida diária (AIVD). O objetivo do envelhecimento ativo “é aumentar a expectativa de uma vida saudável e o aumento da qualidade de vida e da saúde para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados” (OMS, 2005, p.13).

Nos EUA, a investigação sobre o envelhecimento ativo e bem-sucedido tem contribuído para um corpo de conhecimentos significativos e tem sido sustentada pela *McArthur Foundation Research On Successful Aging* (Correia, 2003; Fonseca, 2005b). Investigações desta fundação na identificação de características dos idosos com envelhecimento bem-sucedido, salientam: *i*) elevado nível de escolaridade; *ii*) elevada capacidade pulmonar (relacionada com a manutenção das atividades cognitivas); *iii*) aumento da atividade física (sem excesso); *iv*) perceção positiva da eficácia pessoal ou autoconfiança (capacidade de organizar e executar as ações necessárias nas diferentes situações da vida diária). Na sequência destes estudos, foi emergindo uma imagem positiva e de normalidade associada ao ato de envelhecer, transmitida por noções de autonomia ou capacidade de realização.

O envelhecimento ativo, no dizer de Fonseca (2005b), obrigou a uma reanálise da natureza da velhice e da imagem que habitualmente dela se faz. De acordo com este autor, as investigações de Baltes e Baltes (1990), no domínio deste conceito, trouxeram uma verdadeira “lufada de ar fresco”, uma vez que o envelhecimento bem-sucedido está dependente da aquisição de atitudes e de processos que permitem à pessoa idosa, apesar do aumento dos défices ou da sua ameaça, permanecer independente, produtiva e socialmente ativa pelo máximo de tempo possível. Para Paúl e Fonseca (2001), surge uma nova concetualização de envelhecimento, baseada nos diversos fatores que permitem aos indivíduos continuarem a

funcionar de forma eficaz, tanto física como mentalmente, durante a sua velhice. É dada uma nova ênfase aos aspetos positivos do envelhecimento – uma nova abordagem interdisciplinar do processo de envelhecimento. Dimensões como a saúde, o funcionamento mental, a alimentação, o exercício físico, as relações sociais, os hábitos quotidianos, desempenham um papel importante na tarefa de bem envelhecer.

Como refere Jacques (2003), “está na hora de contrariar os preconceitos que se geraram em torno do envelhecer e do morrer, valorizando esta etapa da vida e ultrapassando a ideia de que o idoso é um condenado à fragilidade e doenças ou que o envelhecimento é uma decadência” (p.15). É fundamental despender as energias valorizando a vida e aprendendo a viver, promovendo a longevidade ativa e a autonomia, lutando contra a tendência das pessoas viverem os seus últimos anos como uma espera passiva pela chegada final.

O que significa então envelhecimento ativo e bem-sucedido? Trata-se de uma capacidade global de adaptação às perdas que ocorrem habitualmente na velhice, não pela adoção indiferenciada de critérios normativos externos, mas sim através de uma procura individual de resultados e objetivos significativos para o próprio, mesmo quando já é notório um declínio de possibilidades e de oportunidades. Pode ser ainda atingido mediante a escolha de determinados estilos de vida que satisfaçam o objetivo de manutenção da integridade física e mental até aos últimos momentos da existência. Para Fonseca (2005b), envelhecer com sucesso, é a procura de uma relação entre envelhecimento positivo e qualidade de vida na velhice, identificando ainda fatores importantes no ato de envelhecer como a personalidade, o contexto sociocultural e as relações familiares.

Baltes e Carstensen (1996), atribuem aos indivíduos que envelhecem com sucesso uma capacidade admirável que designam por “seletividade socioemocional”, a qual lhes permite focalizarem a sua atenção naquilo que é verdadeiramente importante e significativo para eles. Estas pessoas são capazes de colocar em prática uma estratégia por meio da qual distribuem os recursos disponíveis pelas necessidades e pelos objetivos a que atribuem maior importância e que se prendem com o estabelecimento de relações interpessoais e com a manutenção da saúde e do bem-estar emocional. Uma atitude mental positiva, aberta a permanentes desafios, a estimulação cognitiva, a realização emocional e a preservação dos hábitos de vida saudáveis cultivados ao longo da idade adulta, constituem as quatro componentes essenciais para se assegurar um envelhecimento bem-sucedido, segundo estes autores.

Baltes e Baltes (1990) e Baltes (1993) formularam um modelo de desenvolvimento e envelhecimento que designaram de otimização seletiva com compensação (SOC). Este modelo é visto como uma estratégia geral de adaptação, através de domínios funcionais (cognitivos, sociais e físicos) e de contextos culturais. Através da seleção, o idoso pode focalizar-se num conjunto de atividades diárias se não tiver outras opções de escolha. A compensação pode envolver a aquisição de novas estratégias (meios) ou a substituição dos objetivos para lidar com perdas reais ou previstas. A otimização recairá sobre os meios para se alcançar o objetivo ou os níveis mais altos de funcionamento, num domínio selecionado através de estratégias existentes e da procura de ambientes enriquecedores. Quanto mais recursos as pessoas tiverem, mais fácil será antecipar, confrontar e adaptar-se às perdas do envelhecimento.

O envelhecimento bem-sucedido está dependente das escolhas e dos comportamentos individuais, podendo ser obtido através do esforço individual. Conforme referem Ribeiro e Paúl (2011), o envelhecimento ativo não depende exclusivamente de fatores como a sorte ou o património genético. Depende de cada um, das ações e responsabilidades individuais. Um processo de envelhecimento constrói-se ao longo da vida, com autonomia, esforço e responsabilidade de cada um, numa boa e longa viagem, cujos resultados se manifestam em bem-estar físico, psíquico e social.

Manciaux (2003) e Tournier (1997) identificam os seguintes fatores de resiliência que contribuem para o envelhecimento ativo e bem-sucedido: *i)* a cultura; *ii)* a abertura de espírito; *iii)* a diversificação de atividades pessoais; *iv)* romper a rotina; *v)* fazer amigos, cultivar amizades; *vi)* ser ativo e aberto aos outros; *vii)* dar atenção à vida interior e desenvolver a vida espiritual; *viii)* manter a atividade profissional anterior (como voluntário); *ix)* aderir a uma atividade nova (manual ou intelectual); *x)* aderir a atividades culturais e artísticas; *xi)* realizar passeios e viagens; *xii)* reforçar ligações familiares; *xiii)* intensificar a vida relacional e associativa; *xiv)* valor adaptativo da espiritualidade e da fé religiosa – uma via para manter a esperança em situações de doença.

Riley (1998), enfatiza o papel que as estruturas sociais desempenham enquanto suporte do envelhecimento ativo e bem-sucedido, como as famílias, as comunidades e as redes sociais de apoio. A solução para se atingir um envelhecimento ótimo passa pela prevenção de um envelhecimento patológico e pela promoção de uma série de condições pessoais e sociais suscetíveis de favorecer o envelhecimento com êxito, competente, ativo, satisfatório,

praticando determinados estilos de vida e forma de comportamento (uma dieta sã, exercício físico e mental, atividades agradáveis, alta motivação, sentido de autoeficácia, e para além disso se tiver ao dispor condições sociais favoráveis (proteção social, serviços sociais e sanitários), provavelmente envelhecer-se-á otimamente.

Se, apesar de uma prática de vida saudável, ativa e plena, a doença e a dependência aparecem, em todo o caso ter-se-á conseguido otimizar o desenvolvimento pessoal e o bem-estar durante o máximo de tempo possível. Trata-se de evitar que a velhice se transforme num período marcado pelo sofrimento e pela dependência, apostando num envelhecimento bem-sucedido que se traduza por “dar mais vida aos anos” (Fernández-Ballester, 2002). As teorias do envelhecimento bem-sucedido vêem os idosos como pró-ativos, que lutam para atingir objetivos regulando a sua qualidade de vida, servindo-se de recursos úteis para a adaptação a mudanças relacionadas com a idade, envolvendo-se ativamente na preservação do seu bem-estar. Tais objetivos estão dirigidos para a saúde, a autonomia pessoal, a estabilidade emocional, a autoestima, a vida familiar, as relações de amizade (dimensão biológica, psicológica e social). O envelhecimento bem sucedido é um conceito que toda a sociedade deve ter em mente: para além de se viver o máximo de anos possível é preciso viver-se com qualidade dando conteúdo à velhice, sabendo tirar partido dela. A experiência de vida e o tempo livre, são fatores que proporcionam a possibilidade de se fazer da velhice uma época de descanso e divertimento bem merecido depois de uma vida de trabalho. Esse tempo livre deve ser utilizado, tanto quanto possível, para o corpo e o espírito se manterem ativos (Fontaine, 2000).

O modelo de estádios de Erickson (1987), sugere que uma das tarefas principais na idade avançada é a aceitação e a resolução da própria vida. O desafio é aceitar-se a si próprio e aos próprios atos, os bons e os maus, para alcançar uma sensação de bem-estar psíquico e aceitação final da própria vida como se não pudesse tê-la vivido de outro modo. Outros modelos teóricos de saúde mental, sugerem que o envelhecimento bem-sucedido é a realização do potencial humano individual completo. Para Ryff e Keyes (1995), por exemplo, o seu modelo do envelhecimento bem-sucedido é baseado em critérios desenvolvimentais, clínicos e de saúde mental, para funções positivas como a autoaceitação, as relações pessoais positivas, a autonomia, o domínio ambiental, o propósito de vida e o crescimento pessoal. Já para Rowe e Kahn (1998), o envelhecimento bem-sucedido é mais do que a ausência de doença ou de fatores de risco e da manutenção das capacidades funcionais: é também o

envolvimento ativo na vida. O envelhecimento bem-sucedido implica atividade e a maior parte dos idosos expressa o desejo de continuar a participar na sociedade, a manter-se ativo e a contribuir com ações produtivas. O envelhecimento bem-sucedido envolve atividade e compromisso com a vida que pode incluir comportamentos produtivos, como a participação em atividades sociais, estabelecimento de relações com familiares e amigos, sempre com o propósito de criar valor para a comunidade e fazer a pessoa idosa sentir-se bem consigo e com os outros que o rodeiam (Rebok & Gallo, 2001).

Dados da *McArthur Foundation Research On Successful Aging* (Fonseca, 2005b), indicam que uma atividade produtiva promove o bem-estar psíquico e social, retardando a mortalidade, independentemente do estado de saúde e do funcionamento cognitivo. Manter atividade, física, social e cognitiva, durante toda a vida, parece ser importante para a saúde e bem-estar na idade avançada. O envelhecimento bem-sucedido implica a manutenção de capacidade de vida autónoma, que se apoia claramente num estilo de vida saudável, sinalizado através da manutenção do exercício físico, da existência de relações sociais estáveis, alargadas e significativas e por uma dieta adequada e equilibrada. Um dos mitos do envelhecimento é que é tarde demais para se adotar esses estilos nos últimos anos de vida, mas o envolvimento dos idosos em atividades físicas adequadas, alimentação saudável, abstinência do tabaco e do álcool e usar adequadamente os medicamentos, podem prevenir doenças, aumentar a longevidade e melhorar a qualidade de vida dos idosos (OMS, 2005).

A necessidade da promoção da saúde, e não apenas da prevenção da doença, é um dos aspetos que mais poderá favorecer o envelhecimento bem-sucedido. Tão importante como falar em promoção da saúde, é necessário insistir na influência de determinados estilos de vida no bem-estar geral, antes e durante o envelhecimento. O importante é saber envelhecer com saúde e manter a agilidade física e mental. Para isso, é necessário saber conviver com algumas limitações que surgem com o decorrer dos anos e manter-se ativo até às fases mais tardias da vida.

O desafio é ajudar os idosos a desenvolverem e realizarem estratégias de compensação face às situações de declínio que vão surgindo, otimizando o seu potencial de desenvolvimento.

Não há uma regra de ouro, pois cada um é, em parte, artífice do seu próprio envelhecimento, sem que isso exclua a sociedade da sua contribuição para a promoção do envelhecimento ativo e bem-sucedido, sendo que os enfermeiros ocupam uma posição privilegiada na

promoção do envelhecimento ativo, decorrente da sua atividade profissional, sobretudo ao nível dos CSP.

2. OS IDOSOS E AS DOENÇAS CRÓNICAS

Apesar da longevidade ter aumentado consideravelmente nas últimas décadas, este aumento não tem acontecido a par de uma esperança de vida com boa saúde, verificando-se uma completa modificação no panorama de saúde (Silva García et al., 2006). Esta transição demográfica tem levado a um incremento de doenças crónicas, bem como tem aumentado o desconforto e o receio de ficar dependente dos cuidados de outra pessoa (Lopes, 2012) que, como refere Saldanha (2009), embora se morra cada vez mais tarde, a maior parte dos cidadãos tem má qualidade de vida no último período da sua existência, dando origem a um desfasamento entre esperança de vida e qualidade de vida. Hoje, as doenças crónicas constituem o principal problema de saúde da maioria dos países (Sila García et al., 2006). Por serem doenças de longa duração, as intervenções médicas visam sobretudo o controlo dos sintomas, constituindo uma sobrecarga considerável para os serviços de saúde, consumindo verbas avultadas e despendendo grande quantidade dos recursos disponíveis.

Segundo a OMS, as doenças crónicas representam mais de 60% da morbilidade mundial, estimando-se que para elas sejam canalizados cerca de 60% a 80% dos recursos globais investidos na saúde (WHO, 2003). Investigações recentes evidenciam que 84% das pessoas com 65 ou mais anos têm pelo menos uma doença crónica e 62% apresentam duas ou mais doenças crónicas (Tanner, 2004). Entre a população americana, a doença crónica mais frequente é a HTA (49,2%), seguida da artrite (36,1%), doença cardíaca (31,1%), neoplasias (20%), sinusite (15,1%) e diabetes (Stanhope & Lancaster, 2011).

Na Europa, as doenças crónicas de maior prevalência são a doença cardíaca (23%), as doenças neuropsiquiátricas (20%), o cancro (11%), a doença respiratória (5%), (Busse, Blümel, Scheller-Kreinsen & Zentner, 2010). Em Portugal, dados do INSA e do INE (2009), resultantes do 4º INS 2005-2006, apresentados na Tabela 1, permitindo uma comparação das estimativas ponderadas com resultados de outras investigações acerca da prevalência das principais doenças crónicas em Portugal (Dias & Paixão, 2010).

Tabela 1.

Comparação das estimativas ponderadas da prevalência das doenças crónicas em Portugal (INS 2005-2006) com resultados de vários estudos realizados

Doenças Crónicas	4º INS 2005-2006	Masculino	Feminino	Outras Fontes	Observações
Hipertensão Arterial	19,5	16,4	23,4	40,0a) 42,1b) 42,6c)	a)Estudos com exame físico b)Estudo Espiga de Macedo e cols (2005) c)Estudo Nuno Cortez-Dias e cols (2009)
Dor Crónica	16	12,7	19,8		
Doença Reumática	14,6	11,4	20,9	13,0a)	a)Estudos com exame físico
Depressão	7,5	4,0	12,5	7,9a)	a)World Mental Health Survey, Initiative – FCM/OMS, Prof. Caldas de Almeida
Diabetes	6,4	5,9	7,1	11,7a) 5,4b)	a)Sociedade Portuguesa de Diabetes, 2008 b)Médicos - Sentinela
Osteoporose	6,1	1,1	11,1		
Asma	5,4	4,8	6,2	13,8a)	a) Estudos incluídos no Relatório do Observatório Nacional Doenças Respiratórias, em 2008

Fonte: Adapt. Dias e Paixão, 2010.

De entre as principais doenças crónicas, a HTA ocupa o primeiro lugar (19,5%), seguida dor crónica (16%), doença reumática (14,6%), depressão (7,5%), diabetes (6,4%) osteoporose (6,1%), e asma (5,4%). A prevalência das doenças crónicas aumentou consideravelmente no nosso país e as suas consequências fazem-se sentir mais quando a população vive mais tempo, constituindo um dos mais sérios problemas de saúde deste século. A incerteza, a duração e a gestão da doença, oposta à cura, são aspetos predominantes. Quanto mais tempo vivemos mais probabilidade temos de ter doenças e mais tempo é necessário para acionar os mecanismos internos de adaptação. Envelhecimento e doença crónica não são sinónimos, embora, com frequência, “*não andem de costas voltadas*”. Problemas crónicos como a HTA, as doenças cardiovasculares, a diabetes e as demências são frequentes, na medida em que a sua incidência aumenta com a idade. Mas não são situações normais, não são o resultado dos processos do envelhecimento, traduzindo antes um estado de doença crónica. Estas patologias, ao estarem associadas ao envelhecimento, são erradamente e com frequência confundidas pelas pessoas idosas que as vivenciam. Há, pois, que distinguir envelhecimento primário como um processo natural (senescência), do envelhecimento secundário (senilidade), induzido ou agravado por um processo patológico (Cabete, 2005). Frequentemente, as doenças crónicas surgem devido a estilos de vida inapropriados, embora seja sempre necessário considerar fatores genéticos de natureza hereditária, estando identificados fatores de risco que, do ponto de vista epidemiológico, estão associados às doenças crónicas como tabagismo, consumo excessivo de álcool, inatividade física, perfil lipídico alterado ou dieta inadequada (Silva García et al., 2006).

Pela sua dimensão e implicações sociais, económicas e políticas, as doenças crónicas nas pessoas idosas constituem um problema que acarreta consequências para os idosos e famílias, para os profissionais de saúde e para os sistemas de saúde em geral, tornando-se fundamental, no dizer de Sousa, Relvas e Mendes (2007), reformular a unidade de intervenção, passando a incluir o idoso com doença crónica, a família e os profissionais de saúde. Dados recentes evidenciam que, em Portugal, aproximadamente 88% dos idosos sofre, pelo menos, de uma doença crónica e 21% apresenta incapacidades crónicas (Sousa et al., 2007). As doenças crónicas constituem, como já referimos, um dos principais desafios em saúde, uma vez que a cura não está disponível.

A OMS define a doença crónica como “doença que tem uma ou mais das seguintes características: é permanente, produz incapacidade/deficiência residual, é causada por alterações patológicas irreversíveis, exige uma formação especial da pessoa com doença para a reabilitação e pode exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2006, p.1).

As doenças crónicas apresentam uma evolução prolongada, não existindo cura e têm um impacto significativo na duração e na qualidade de vida das pessoas idosas. Subvertem a evolução habitual dos sintomas – diagnóstico – tratamento – cura ou morte, dando lugar a um esquema aberto e dominado pela incerteza. O diagnóstico de uma doença crónica representa sempre um processo de mudança para a pessoa que a experiencia. Passa por saber que irá ser portador de uma doença para o resto da sua vida e que terá de manter um regime de tratamento que poderá estar associado a constrangimentos e possibilidades de outras limitações. A doença crónica persiste durante toda a vida. A pessoa portadora de doença crónica precisa de “aprender” a viver com ela, isto é, a gerir a sua doença até ao fim da vida (Mendes, 2005).

A doença crónica é uma situação complexa. Trata-se de um acontecimento que ocorre entre o doente e os seus mundos sociais e, por isso, as alterações que a doença introduz na vida das pessoas e famílias são, muitas vezes, muito mais problemáticas do que a própria doença. O que está em causa é o novo papel desempenhado pelos doentes crónicos que, de atores expectantes, passam a ter um papel ativo na dinâmica dos cuidados.

Face às doenças crónicas, os cuidados de saúde têm como objetivo o controlo da evolução da doença, dos seus sintomas e das suas complicações, com vista à melhor qualidade de vida. Por

isso, surge a necessidade de gerir a doença (Lubkin & Larsen, 2006). É a pessoa que diariamente lida com a doença crónica que aprende os sintomas, o tempo que duram, como pode prevenir, como diminuir a sua intensidade e que decisões tomar. Só esta aprendizagem lhe permitirá organizar a sua vida, gerir a sua doença e manter a qualidade de vida desejável. Com o tempo, a pessoa aprende a reconhecer a doença e todas as suas manifestações, começando a reivindicar a participação ativa nos cuidados. As condições determinantes para que um tratamento seja aceite e seguido, assentam na confiança que se tem no profissional de saúde que o prescreve, na evidência que é o tratamento certo para controlar os sintomas e a doença e não existirem muitos efeitos secundários limitativos das atividades diárias. Frequentemente, profissionais de saúde e doentes avaliam o sucesso ou insucesso de um tratamento de forma diferente. Por exemplo, quando um tratamento se traduz numa alteração dos quadros referenciais da vida da pessoa, tende a ser visto como um fracasso, mesmo que se traduza num sucesso para os profissionais. Para a pessoa, o fracasso de uma intervenção terapêutica é determinado mais pela evidência psicossocial do que pela evidência física do fracasso.

Para as pessoas doentes que vivem numa sociedade em que a ciência médica é detentora da “cura de todos os males”, o que ela tem para oferecer aos doentes crónicos é muito pouco. Muitos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, foram educados no modelo curativo, que direciona os cuidados para o diagnóstico, o tratamento e a cura da doença. As intervenções são dirigidas para a cura e o sucesso é julgado pela rapidez com que a pessoa fica completamente recuperada. Na doença crónica é completamente diferente. As pessoas não ficarão livres das suas doenças e o foco do cuidado está direcionado para ajudar a vivenciar o processo de transição de viver com a doença crónica.

Perante as doenças crónicas, estamos frequentemente confrontados com soluções de controlo dos sintomas e não de cura. É então importante a adoção de um modelo de referência centrado na experiência subjetiva da doença, construído a partir do quotidiano dos doentes que vivem com e em função da sua doença crónica.

Importa questionar quais as explicações que os doentes desenvolvem para dar sentido à doença, como e quando procuram ajuda, qual o impacto do diagnóstico, como atuam face às instruções para gerir a doença, que relações estabelecem com os membros da família e com os amigos, como combatem as interdições provocadas pela doença, quais as estratégias que utilizam para controlar a doença (Mendes, 2005). Importante será, igualmente, a adoção de

uma prática de cuidados, partilhada e negociada, justificada no bem-estar e na qualidade dos cuidados.

Pela sua natureza, a doença crónica não pode ser curada, sendo inapropriadas as ações curativas. O tratamento implica mobilizar a pessoa nas suas dimensões, mente corpo e espírito, para controlar a doença, promover uma sensação de bem-estar e melhorar a qualidade de vida. Lorig e cols. (2000) desenvolveram um modelo de gestão da doença crónica, baseado nos seguintes princípios: 1) *Definição de objetivos* - contribuir na decisão sobre o que os clientes pretendem alcançar; 2) *Uso de métodos alternativos* - ajudar os clientes a estabelecer medidas para atingir os objetivos definidos; 3) *Planeamento a curto prazo* - estabelecer um plano de ação de forma a atingir os objetivos a curto prazo; 4) *Implementação* - colocar o plano em ação; 5) *Avaliação e correção* - redefinir o plano de ação de forma mais realística, se necessário. É importante que o idoso se torne participante ativo nos seus próprios cuidados, promovendo a sua independência. Um idoso informado está melhor preparado para lidar com a doença crónica com sucesso e prevenir complicações. Avaliações periódicas, regulares e sistemáticas precisam ser feitas, a respeito das capacidades, dos recursos e das motivações.

Como refere De la Cuesta Benjumea (2004), viver com uma doença crónica é uma atividade complexa que implica mais do que cuidados médicos. Os cuidados diários exigem destreza e conhecimentos cada vez mais complexos que, no caso das pessoas idosas, surgem acrescidos de outras necessidades, tornando-se um problema de saúde pública e da enfermagem em especial.

As doenças crónicas ligadas à senescência sempre tiveram um impacto importante na qualidade de vida dos idosos mas, este impacto, varia com a idade e torna-se por vezes dramático quando esta é mais avançada. Segundo Tanner (2004), pode ser difícil para os idosos lidar eficazmente com a doença crónica pelas características específicas que esta apresenta. Assim, a autora, explicita que os sintomas da doença crónica podem interferir nas atividades diárias. Uma idosa com artrite reumatóide que gosta de se ocupar com trabalhos manuais (malha, crochet) e perde a sua capacidade de mobilidade dos dedos e destreza manual, precisa de aprender a lidar com essa perda e desenvolver outras aptidões que lhe proporcionem prazer e igual significado na sua vida. Por outro lado, os regimes terapêuticos prescritos são, frequentemente, limitados na sua eficácia, provocando um impacto efetivo na forma de lidar com a doença crónica. Por exemplo, uma senhora diabética que toma insulina duas vezes ao dia e faz alterações nos hábitos alimentares, seguindo uma dieta recomendável,

e mesmo assim sente fadiga diariamente por causas de oscilações da sua diabetes, tem de tomar diariamente e indefinidamente os medicamentos, fazer alterações no seu estilo de vida e, ainda assim, não experiencia melhoras relevantes da sua diabetes.

Os regimes terapêuticos prescritos nas doenças crónicas exigem, frequentemente, alterações significativas nas rotinas de vida diária. Por exemplo, um idoso que sofreu um EAM e precisa fazer um programa de reabilitação, que o ocupa vários dias na semana, precisa tomar a medicação, cumprir dieta e fazer exercício físico. A sua vida sofreu alterações no seu padrão habitual, afetando a sua motivação e tornando mais difícil gerir eficazmente a doença crónica.

Para progredir num *continuum* de saúde e bem-estar, o idoso com doença crónica precisa de se esforçar para adaptar o seu estilo de vida à situação vivenciada de forma a alcançar objetivos. Importa a sua capacidade de adaptação ou o seu potencial funcional. Frequentemente, face à velhice e à doença, o idoso adota um comportamento negativo, passivo e regressivo. Estes comportamentos estão mais relacionados com o ambiente e com o clima psicoemocional do que com as limitações físicas provocadas pela doença crónica. Torna-se importante modificar estes comportamentos, assegurando um ambiente adequado e favorável para que o idoso possa assumir globalmente a sua saúde.

As perdas devem ser entendidas como elementos normais da velhice e, por isso, não devem deixar diminuir o seu nível de energia. Ao atingir mais idade, os idosos utilizam-na, com frequência, como desculpa para o desinteresse ou o comportamento derrotista “os exercícios não servem para nada. Já estou velho”. As doenças crónicas não devem impedir os idosos de modificar os seus modos de vida, de forma a manter e conservar a sua autonomia, independência e sentido para a vida. Os idosos precisam integrar os seus problemas físicos e as suas limitações na nova perceção de si próprios e modificar o estilo de vida. A prevenção é importante, conservando uma orientação positiva quanto ao seu potencial de saúde. Através da adoção de uma atitude proativa na vida, as pessoas idosas aprendem a manter o seu potencial para continuar a desenvolver-se e a crescer, isto é, tornam-se mais aptas para lidar com situações adversas, evitando preocupações desnecessárias (Portugal & Azevedo, 2011).

Para ajudar as pessoas idosas a conservar a sua saúde e a prevenir complicações resultantes de doenças crónicas já instaladas, é preciso identificar os perigos e levá-las a definir a sua própria conceção de saúde e de doença. O modo como a pessoa lida com a doença crónica pode fazer a diferença entre uma vida satisfatória com boa qualidade e uma vida na qual a

pessoa é prisioneira da sua doença. Segundo Paúl (1997), é necessário aumentar e melhorar os serviços disponíveis aos idosos e os cuidados que lhes são prestados, através de várias medidas que tenham em consideração os aspetos psicossociais do bem-estar psicológico, a sua autonomia, a sua independência, a sua competência para lidar com as situações de saúde/doença, o autocuidado, privilegiando os cuidados que permitem um aumento da qualidade de vida.

Pela sua natureza, a doença crónica não é curável, e o tratamento inclui mobilizar o corpo, a mente e o espírito para controlar a doença, promover uma sensação de bem-estar e melhorar a qualidade de vida. O idoso com doença crónica precisa aprender a viver com a doença e a desenvolver uma sensação de paz interior. Os enfermeiros têm um papel facilitador neste processo, pois ajudam a desenvolver as suas potencialidades e a encontrar a mais alta qualidade de vida possível. Mais do que administrar tratamentos, estimulam a capacidade de autovigilância e autocuidado, criando um ambiente de comportamento terapêutico físico e humano, educando, reforçando, afirmando, validando e removendo barreiras (Eliopoulos, 2005).

Pela sua natureza clínica, diversas doenças crónicas têm um início e uma evolução quase silenciosa, sem se manifestarem com sinais ou sintomas que indiquem aos seus portadores a necessidade de adequação a um regime terapêutico fundamental para o seu controlo e prevenção de complicações, bem mais graves e incapacitantes. Daí, e segundo autores e investigadores, as dificuldades das pessoas e dos profissionais de saúde no ajustamento de comportamentos e atitudes facilitadoras do controlo destas doenças.

2.1. A hipertensão arterial no idoso

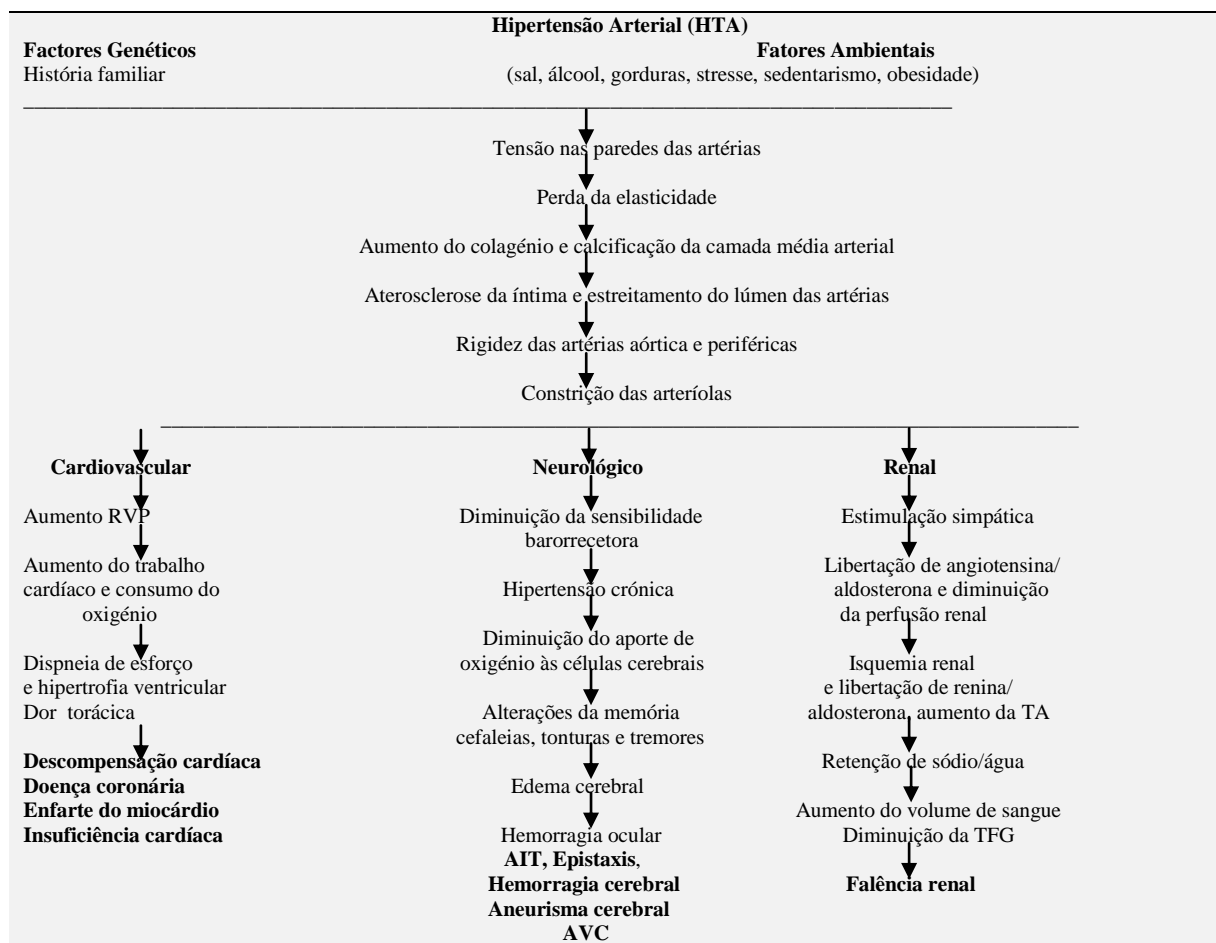
A HTA é o fator de risco cardiovascular mais prevalente e um dos que motiva maior número de consultas médicas. É, juntamente com o tabagismo e a hipercolesterolemia, um dos três principais fatores de risco para a cardiopatia isquémica e o principal fator de risco do AVC (Silva García et al., 2006). Com o aumento da longevidade, a HTA passou a constituir uma das principais doenças crónicas dos idosos que, segundo Carrageta (2010) e Carmona (2002), constitui o principal problema de saúde pública em Portugal.

A HTA é caracterizada pela elevação da pressão do sangue arterial sobre a parede das artérias para valores acima dos considerados normais: ≥ 140 mmHg TA sistólica e/ou ≥ 90 mmHg TA diastólica (Carrageta, 2010; Cortez-Dias, Martins, Belo & Fiuza, 2009; Joint National Committee VII [JNC], 2003; Kane, Ouslander & Abrass, 2005; Pádua, 2008; Phipps, Sands & Marek, 2003).

A TA sistólica ou máxima é também definida como a pressão máxima que exerce o coração quando se contrai para ejetar o sangue para as artérias, e a TA diastólica ou mínima, quando o músculo cardíaco se relaxa entre as contrações e a pressão nas artérias baixa. Estes valores, quando se encontram acima de 140/90 mmHg ou de 130/80 mmHg, para certos doentes, como os diabéticos, com doença renal ou já com doença cardiovascular, vão causar, mais tarde ou mais cedo, distúrbios renais, cardiovasculares e cerebrovasculares, provocando lesões em órgãos-alvo como no coração, nos grandes vasos, no cérebro, nos rins, nos olhos e, conseqüentemente, agravam doenças cardíacas, renais, cerebrais e oftalmológicas (Comer, 2005; Turnbull et al., 2008).

Fatores genéticos e fatores ambientais concorrem para o aparecimento da HTA. As alterações nos vasos arteriais, como a progressiva deposição de cálcio, o aumento de colagénio e a rutura das fibras de elastina que compõem a camada média dos vasos arteriais, com perda da sua elasticidade, aumentam a resistência vascular periférica (RVP), levanso à HTA (Gallo, Busby, Rabins, Silliman & Murphy, 2001). Por outro lado, a camada endotelial, capaz de produzir substâncias vasoconstritoras como a endotelina, em situações de lesão e desequilíbrio na produção desta, aumenta também a RVP, com elevação da TA (Soares & Castro, 2008). Por outro lado, situações que de alguma maneira promovem a ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, conduzem à libertação de angiotensina II e aldosterona que implicam maior retenção de sódio e água, além de promoverem vasoconstrição do leito arterial vascular (Kaplan, 1999). A Tabela 2 demonstra, de uma forma sintética, as principais alterações fisiopatológicas da HTA, com as suas complicações ao nível dos três principais sistemas: cardiovascular, neurológico e renal.

Tabela 2.
Alterações fisiopatológicas da HTA



Fonte: Adapt. Comer, 2005, pp. 25-32.

Trata-se de um grave problema de saúde pública, calculando-se que a prevalência mundial de HTA seja de 25% a 30% na população adulta (cerca de 1000 milhões) e que, em 2025, ultrapasse 1500 milhões (Nogueira, 2009).

Em Portugal, como já referimos, resultados do estudo VALSIM (Cortez-Dias et al., 2009), revelaram que a prevalência da HTA na população residente no continente e regiões autónomas, estimada a partir de observações em CSP, é de 42,62%. Este resultado foi sobreponível ao estudo de Macedo e cols. (2005), cujo resultado foi de 42,1%. A destacar o período entre 1999 e 2006, em que a prevalência da HTA na população com mais de 45 anos apresentou um aumento muito relevante, sobretudo para os grupos etários dos 65 aos 84 anos, sendo que para estas idades, a percentagem de hipertensos era, em 2006, aproximadamente 52% (INSA/INE, 2009). Segundo Borges e Silva (2008), cerca de 70% dos portugueses com mais de 65 anos são hipertensos.

Constatar que se tem HTA considera-se, com frequência, uma coisa trivial, banal, associada à idade e à reforma, confundida então como um sinal de envelhecimento (Brack, 2009). Trata-se de um importante fator de risco para a doença cardíaca e é o mais importante fator de risco associado ao AVC, destacando-se o nosso país, dos países da União Europeia, com uma das taxas mais elevadas de mortalidade por AVC (WHO, 2005) que, apesar de ter diminuído nos últimos anos, continua a ser uma das taxas mais elevadas da Europa, sabendo-se que morrem por hora dois portugueses com esta situação clínica, prevenível e tratável (Carrageta, 2010). É, segundo Pádua (2008), a doença cardiovascular mais disseminada em todo o mundo desenvolvido e seguramente aquela que causa mais mortes, direta ou indiretamente.

Com demasiada frequência, as pessoas com HTA “esquecem” a importância de tratar corretamente esta doença crónica. Costuma ser designada de “assassina silenciosa”, precisamente porque surge com poucos sintomas associados ou mesmo sem sintomas, para além de TA elevada (Pádua, 2008; Taylor, Lillis & LeMone, 2005), enquanto o funcionamento das artérias, do coração, dos rins e sobretudo do cérebro, se vão deteriorando, até acontecer a doença cardíaca, ou o AVC, por vezes irreversível.

“Se ao menos doesse um pouco...”, talvez daí, a dificuldade das pessoas hipertensas gerirem eficazmente o regime terapêutico adequado para esta doença crónica. Ensaios clínicos têm demonstrado que o controlo da TA, nos doentes hipertensos, pode reduzir o risco de insuficiência cardíaca e a incidência de demência, preservar a função renal e prevenir a cegueira nos doentes diabéticos com HTA (WHO, 2003). A redução da pressão arterial reduz substancialmente o risco cardiovascular. A HTA, fator de risco cardiovascular major, modificável, é o mais frequente, assumindo o seu tratamento e controlo uma importância central nas estratégias preventivas (Cortez-Dias et al., 2009). Para existir HTA, deve haver um aumento no débito cardíaco ou na RVP. Pode ser que um ou outro estejam elevados ou que ambos estejam elevados. Como a TA pode ser avaliada com relativa facilidade e como não é fácil avaliar o débito cardíaco ou a RVP, as disfunções dessas variáveis são identificadas como distúrbios de regulação da TA e cada uma destas variáveis são influenciadas por muitos fatores. Devido a todos esses fatores que podem influenciar a TA, esta precisa ser considerada como uma variável extremamente complexa (Cunningham, 2005).

É classificada de HTA primária ou essencial quando não tem causa conhecida, e de HTA secundária quando causada por patologia conhecida. Em estudos realizados em centros de saúde, a HTA secundária costuma ser inferior a 5%, o que significa que 95% não tem causa

identificada (Carrageta, 2010). Hoje, pensa-se que é devida a uma combinação de fatores hereditários e ambientais. E se não é possível modificar fatores hereditários, o mesmo não acontece com fatores ambientais, como a adoção de comportamentos e estilos de vida mais saudáveis. Estes, não são só benéficos para a prevenção e controlo da HTA como também previnem e controlam outras doenças não transmissíveis (cardiovasculares, cancro, diabetes, entre outras).

a) A hipertensão secundária e a hipertensão primária ou essencial

Quando a HTA tem uma causa bem identificada, orgânica, designa-se de HTA secundária. Nesta situação, o tratamento é sobretudo dirigido à causa orgânica, mais do que à HTA, já que ao tratar-se a causa, trata-se a hipertensão. Destas, destacam-se as causas renais (estenose da artéria renal, a pielonefrite crónica, a tuberculose renal), as causas endócrinas (alterações das glândulas suprarrenais e hipertiroidismo), anticoncepcionais orais e anti-inflamatórios não esteróides (Carrageta, 2010).

Esta doença das artérias, podendo ser percecionada como uma doença familiar e, por isso, de causa genética, hereditária, muito vulgarizada, é também a consequência de uma acumulação de vários fatores de risco como o estilo de vida sedentário, a obesidade, o tabagismo, o consumo de álcool, a elevada ingestão de sal, uma alimentação rica em calorias e gorduras e um estado anormal de stresse psicossocial.

Assim, “em todo o mundo desenvolvido ou em industrialização avançada, a HTA reina e infelizmente... pode dizer-se – deve dizer-se – que a hipertensão arterial é a rainha da doença aterosclerótica e dos corações doentes” (Pádua, 2008, p.144).

The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII, 2003), desenvolveu novas guidelines de gestão e prevenção da HTA, enunciando, entre outras, as seguintes evidências: *i*) em pessoas com mais de 50 anos, um valor de TA sistólica >140 mmHg, constitui o fator de risco cardiovascular mais importante que a TA diastólica; *ii*) as pessoas com TA sistólica de 120-139 mmHg ou TA diastólica de 80-89 mmHg, devem ser consideradas pré-hipertensas e requerem adequação dos estilos de vida para a promoção da saúde.

A classificação de pré-hipertensão, assinala a importância e a necessidade de educar os profissionais de saúde e o público em geral para reduzir os valores da TA e prevenir o aparecimento da HTA, exigindo estratégias de modificação dos estilos de vida.

A Sociedade Europeia de Cardiologia/Sociedade Europeia de Hipertensão (2007), desenvolveram novas recomendações para o tratamento da HTA na Europa, classificando a HTA em várias categorias (Tabela 3).

Tabela 3.
Classificação da TA

Classificação da TA	TA sistólica (mmHg)		TA diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	e	< 80
Normal	120 - 129	e/ou	80 - 84
Normal Alta	130 - 139	e/ou	85 - 89
HTA Grau 1	140 - 159	e/ou	90 - 99
HTA Grau 2	160 - 179	e/ou	100 - 109
HTA Grau 3	≥ 180	e/ou	≥ 110
HTA sistólica isolada	≥ 140	e	< 90

Fonte: Sociedade Europeia de Cardiologia/Sociedade Europeia de Hipertensão, 2007.

Controvérsias existiram sobre a importância da HTA no idoso e a necessidade do seu tratamento, pois alguns autores consideravam-na uma consequência normal do processo de envelhecimento. Prevalencia a ideia de que, para o idoso, eram necessários níveis de pressão mais elevados sistólicos e diastólicos ou somente sistólicos, como compensação do endurecimento das artérias. Como refere Robert (1994), Abernethy e Andrawis (1997), durante muito tempo, a HTA foi considerada o corolário inevitável dos males que acompanhavam o envelhecimento. Hoje, sabe-se que este juízo é falso e que esta doença crônica nas pessoas idosas deve ser tratada. Diversas evidências têm demonstrado constituir uma das grandes causas de morbidade e de mortalidade, tanto no adulto jovem como nos idosos (Brandão, Brandão, Freitas, Magalhães & Pozzan, 2002; Faulhaber, 2008).

No estudo Framingham Heart, observou-se mortalidade duas vezes maior nos hipertensos (PA>160/95 mmHg) em relação aos normotensos (PA<140/90 mmHg), em todos os grupos etários. Alterações eletrocardiográficas e radiológicas, demonstrando o comprometimento ventricular esquerdo, correlacionaram-se com a intensidade da hipertensão, tanto nos jovens como nos idosos. Observou-se ainda que a incidência da insuficiência cardíaca foi sete vezes maior nos idosos hipertensos de ambos os sexos, em relação aos normotensos (Brandão et al.,

2002). Outras investigações têm também correlacionado a HTA com o AVC, observando-se uma incidência duas vezes maior nos idosos hipertensos. Num estudo realizado entre 1997 e 2000, pela Sociedade Francesa de Hipertensão, a prevalência da HTA foi de 50,2% nas pessoas com mais de 50 anos. O estudo NHANES III mostrou que com a idade há um progressivo aumento da pressão sistólica, enquanto a pressão diastólica aumenta até à sexta década e depois vai diminuindo lenta e progressivamente (Whelton et al., 2002).

É usual nos idosos, uma pressão de pulso elevada, definida pela diferença entre a pressão sistólica e a pressão diastólica. A explicação para este facto centra-se na progressiva perda de elasticidade das paredes dos vasos arteriais, com conseqüente redução da compliance vascular (Brandão et al., 2002). Estudos epidemiológicos demonstram que a HTA sistólica isolada constitui a forma mais comum de HTA nos idosos, sendo definida por uma pressão arterial sistólica superior a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica inferior a 90 mmHg (Brack, 2009; Kane et al., 2005; Martin, Martinez-Meco & Kan, 2007). Muitas outras situações podem contribuir para aumentar a rigidez arterial, como sejam, a diabetes, a insuficiência renal, a obesidade, entre outras (Mendonça et al., 2009).

Uma amostra da população de Framingham, entre 50 e 79 anos de idade, mostrou maior risco cardiovascular associado a maior pressão de pulso. O estudo do Programa de Hipertensão Sistólica em Idosos – *Systolic Hypertension in Elderly Program* – revelou que a redução da pressão arterial sistólica em indivíduos mais velhos com HTA sistólica isolada reduziu a morbidade e mortalidade, uma vez que estes têm maior risco de AVC, EAM, insuficiência cardíaca e outras doenças cardiovasculares (Carrageta, 1996; Hayden, 2005).

Também menor sobrevida foi observada em franceses idosos com maior pressão de pulso, pelo que podemos concluir que o tratamento da HTA no idoso, torna-se fundamental. Frequentemente agravada pela obesidade e o sedentarismo, a HTA das pessoas idosas deve ser detetada e tratada, pois ela aumenta a necessidade de oxigénio e energia do coração, reduzindo a margem de segurança de que o coração dispõe para fazer face às exigências da vida quotidiana (Robert, 1994).

b) Fisiopatologia da HTA no idoso

O progressivo aumento da TA sistólica com o avançar da idade é explicado pela perda de distensibilidade e elasticidade dos vasos de grande calibre, resultando num aumento da

velocidade de onda de pulso. A pressão diastólica tende a ficar normal ou até baixar. Os idosos apresentam menor débito cardíaco, menor volume intravascular e fluxo renal, menor capacidade de vasodilatação mediada por recetores beta-adrenérgicos e maior RVP e massa ventricular esquerda (Brandão et al., 2002; Forciea & Lavizzo-Mourey, 1998).

Basicamente, a pressão arterial é igual ao resultado do produto entre o débito cardíaco e a RVP. No idoso, encontramos o débito cardíaco diminuído mas a RVP aumentada. Este aumento é devido à aterosclerose que conduz ao envelhecimento das paredes das artérias. A aterosclerose é um processo multifatorial, caracterizado inicialmente por disfunção endotelial, seguido de alterações morfológicas da camada endotelial e íntima dos vasos arteriais. Essas alterações acontecem como resposta fibroproliferativa da parede arterial causada por agressão à superfície endotelial. O endotélio liberta menor quantidade de óxido nítrico que é um importante factor de relaxamento vascular, contribuindo para o aumento da resistência dos vasos. Se esta disfunção endotelial é decorrente da HTA ou causadora da HTA ainda está por esclarecer.

De qualquer modo, a ausência de uma resposta vasodilatadora do óxido nítrico, permite que a resposta vasoconstritora, proveniente de outros mecanismos, estimule a proliferação de células musculares lisas, provocando alterações na composição das paredes dos vasos arteriais (Brandão et al., 2002). Ainda Correia (2003), afirma que com o envelhecimento há uma diminuição e fragmentação da elastina (constituente elástico da parede arterial) que parece estar relacionada com o desgaste produzido nas paredes das artérias pelas ondas de pulso, ao longo dos anos. Há também um aumento de colagénio que é menos distensível que a elastina. Assim, a pressão exercida nas paredes das artérias deixa de ser suportada pelas fibras elásticas, mais distensíveis, para passar a depender do tecido conjuntivo, mais rígido. Na HTA do idoso, de início há um espessamento da íntima, há um aumento da espessura da média, há fragmentação das fibras elásticas e aumento do tecido conjuntivo, resultando numa diminuição da distensibilidade arterial. A contração do ventrículo esquerdo lança na aorta um volume de sangue com determinada pressão, o qual vai gerar uma onda de pressão, a onda incidente. Esta depende do padrão de contração ventricular e do grau de rigidez dos grandes vasos. A energia contida nessa massa de sangue é transmitida à parede daqueles vasos, nomeadamente à aorta, sendo por esta acumulada na sístole e retransmitida ao seu conteúdo durante a diástole. Esse efeito produz um fenómeno intermitente, caracterizado por subidas e

descidas bruscas de pressão, num regime em que essas pressões não descem para zero, mas para valores tensionais da pressão diastólica.

Assim, o sistema arterial tem duas funções principais: 1) função de condução do sangue até aos tecidos; 2) função de “almofada” de amortecedor elástico, pelo qual é amortecida a energia da onda de pressão produzida pela contração ventricular.

As grandes artérias podem acomodar o volume de sangue ejetado na aorta, retornando-o durante a diástole, amortecendo o efeito intermitente da contração ventricular. Quanto maior é a rigidez das artérias, mais elevada é a pressão sistólica gerada pela contração do ventrículo esquerdo. Com o encerramento da válvula aórtica, a pressão desce na aorta. A velocidade dessa descida depende da forma como o sangue drena para a periferia. Este fluxo depende das propriedades viscoelásticas do sangue e da elasticidade dos vasos. Há assim uma onda incidente e uma onda refletida. A onda refletida diminui de amplitude à medida que progride, de forma retrógrada na árvore arterial. Nos idosos, um coeficiente de reflexão elevado, maior rigidez vascular, maior velocidade de propagação da onda de pulso, traduzem-se em ondas de reflexão mais amplas, as quais se vão somar com a onda incidente, durante a sístole. Esta situação é desfavorável ao funcionamento do ventrículo esquerdo porque vai aumentar a resistência à saída do sangue, prejudicando também a perfusão das artérias coronárias. Este acontecimento traduz-se numa elevação da pressão arterial sistólica, redução da pressão diastólica, aumento da pressão do pulso, sem alteração da pressão média. O aumento da pressão sistólica pode ser de mais de 50%, nos idosos com processos de arteriosclerose avançada.

Correia (2003), resume assim as características hemodinâmicas da HTA nos idosos: 1) aumento da RVP; 2) aumento da resistência vascular renal; 3) aumento da pressão do pulso com um aumento mais marcado da pressão sistólica e redução menos consistente da pressão diastólica; 4) diminuição do débito cardíaco; 5) diminuição do volume intravascular; 6) aumento do conteúdo total do sódio do organismo; 7) aumento da massa ventricular (hipertrofia ventricular esquerda).

Os estudos disponíveis atualmente demonstram a necessidade de fazer baixar os valores da TA abaixo de 140/90 mmHg, nas pessoas com mais de 65 anos, diminuindo o risco de doença cardiovascular, renal e demencial.

No idoso hipertenso, com mais de 65 anos, a estimativa do risco cardiovascular conduz, quase sempre, à observação de “risco elevado” (TA igual ou superior a 140/90 mmHg) e três ou mais fatores de risco ou comprometido de um órgão-alvo ou diabetes, pelo que a avaliação precisa do valor da TA constitui o critério mais importante para instituir terapêutica anti-hipertensiva (Girerd, Digeos-Hasnier & Heuzey, 2004).

c) Avaliação da Tensão Arterial

Porque existe uma grande variabilidade de valores da pressão arterial em pessoas idosas é importante tomar alguns cuidados. Segundo Brandão e cols. (2002), Silva García e cols. (2006), Carrageta (2010), a posição de sentado é a mais apropriada e deve-se tentar obter o máximo relaxamento do idoso, avaliando duas vezes no mínimo, a pressão arterial, com intervalos de cinco minutos entre cada avaliação, sobretudo se se notar que está muito ansioso. Ansiedade, stresse ou atividade antes de avaliar a TA devem ser observadas, pois estes fatores podem ser responsáveis por uma elevação temporária da mesma. Cefaleias, desorientação, confusão, epistaxis e um leve tremor de manhã ao acordar, poderão ser sintomas de HTA (Eliopoulos, 2001). Devem ser feitas duas ou três avaliações em dias diferentes, no consultório, no domicílio e até recorrer à monitorização ambulatorial da pressão arterial para afastar a hipótese do efeito da bata branca. Outra situação é a pseudo hipertensão que ocorre quando a insuflação máxima do manguito não faz desaparecer o pulso radial, registando pressões elevadas não compatíveis com a sua situação clínica. A manobra de Osler, que consiste na palpação do pulso radial na presença da insuflação máxima do manguito, sugere a presença de pseudo hipertensão. Em outras situações, podemos ainda ouvir os primeiros sons de Korotkoff, seguido de silêncio e o reaparecimento dos sons, denominado de hiato auscultatório, levando-nos a uma subestimação da pressão sistólica. Torna-se importante esclarecer estas situações para evitar o tratamento farmacológico desnecessário desses idosos. Martin e cols. (2007), salientam a importância do momento de avaliação da TA que deve ser realizada com o idoso em repouso e relaxado durante pelo menos cinco minutos, sem fumar nem ingerir álcool durante, pelo menos, trinta minutos antes, sentado e com os pés bem apoiados no solo, as costas bem apoiadas e o braço sensivelmente à altura do coração. A avaliação deverá ser efetuada através do método auscultatório, com braçadeira e esfigmomanómetro corretamente validado. A manga deve ser colocada corretamente e deve ser adequada na sua largura para que comprima uma área da artéria braquial. A margem distal da manga deve estar a pelo menos 3 centímetros da região

antecubital. A manga é insuflada a um nível acima do qual o pulso radial desaparece. A campânula do estetoscópio é colocada sobre a artéria. O primeiro som que surge é a TA sistólica, mantendo-se alto durante algum tempo, até diminuir e desaparecer por completo. Este último som audível é a TA diastólica. Atualmente, o uso de aparelhos digitais para avaliação da TA é cada vez mais frequente, nos hospitais, nos centros de saúde, nos consultórios, nas farmácias e até os aparelhos que as pessoas adquirem para fazer avaliação no domicílio, simplificando esta tarefa.

Um critério de síndrome metabólica – A síndrome metabólica constitui igualmente fator de risco cardiovascular. Será um estado precursor de diabetes e de doenças cardiovasculares, como a HTA. A definição de síndrome metabólica baseia-se na presença de pelo menos três dos seguintes fatores: 1) obesidade (Índice de Massa Corporal [IMC] $\geq 30 \text{ Kg/m}^2$) e/ou obesidade abdominal (cintura $> 102 \text{ cm}$ no homem e $> 88 \text{ cm}$ na mulher); 2) TA $\geq 135/85 \text{ mmHg}$; 3) Elevação dos triglicéridos $> 150 \text{ mg/dl}$; 4) Colesterol HDL $< 40 \text{ mg/dl}$ no homem e $< 50 \text{ mg/dl}$ na mulher e colesterol LDL, entre 70 a 100mg/dl; 5) Glicemia em jejum $\geq 110 \text{ mg/dl}$ (Silva García et al., 2006; Brack, 2009).

Carrageta (2010) refere ainda que alguns medicamentos como os antidepressivos e outros para tratar doenças do foro psiquiátrico, alergias, síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), podem causar aumento do peso e evoluir para a síndrome metabólica. A correção desta situação passa pela alteração do estilo de vida sedentário e da alimentação não adequada que conduzem à obesidade.

Risco cardiovascular global – O risco de vir a sofrer de doenças cardiovasculares pode ser avaliado, recorrendo a escalas de risco. Os objetivos desta avaliação centram-se na identificação das pessoas que devem ser aconselhadas e tratadas, contribuindo para o estabelecimento da terapêutica a instituir e ainda pode ser útil na avaliação das intervenções terapêuticas utilizadas, ao permitir comparar um valor prévio de risco com um segundo, obtido após terapêutica (Mafra & Oliveira, 2008). O SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation*)⁴ é o instrumento recomendado na Europa e no nosso país para avaliação do risco cardiovascular global (DGS, 2007).

⁴ Adaptado para a versão portuguesa por peritos da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, Fundação Portuguesa de Cardiologia, Sociedade Portuguesa de Aterosclerose, Sociedade Portuguesa de Hipertensão, Sociedade Portuguesa de Endocrinologia e Metabolismo, Sociedade Portuguesa de Diabetologia e Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.

O SCORE é constituído por duas tabelas, uma para cada sexo, subdivididas em duas outras, para fumadores e não fumadores. As idades estão organizadas em escalões, assim como os valores do colesterol e da TA sistólica. O valor do risco obtido deve ser multiplicado por 4 no caso das mulheres diabéticas e por 2 nos homens diabéticos. Deve ainda ser multiplicado por 1,5 se houver antecedentes pessoais de AVC. As intervenções não farmacológicas e farmacológicas agressivas são recomendadas para riscos iguais ou superiores a 5 (*Anexo 1*).

O risco cardiovascular global nos idosos está sobrevalorizado. Estes apresentam um risco absoluto⁵ elevado, dado o peso do fator idade, podendo conduzir ao uso excessivo de fármacos. Por isso, *European Guidelines on CVD Prevention* recomendam que nos idosos se considere o tratamento farmacológico só quando o SCORE é igual ou superior a 10% (Graham, Atar, Borch-Johnsen, Boysen & Cifkova, 2007; Mafra & Oliveira, 2008).

2.1.1. Tratamento farmacológico e não-farmacológico da HTA

A investigação tem permitido classificar o doente hipertenso de acordo com a avaliação do risco cardiovascular, tornando-se fundamental para o diagnóstico e tomada de decisão terapêutica, farmacológica. Independentemente do estágio da hipertensão e do risco cardiovascular, a prescrição passará sempre por atitudes não farmacológicas, como o encorajamento a mudanças no estilo de vida.

A) Tratamento farmacológico

O objetivo do tratamento da HTA é o da redução da morbidade e mortalidade vascular a longo prazo, devendo obter-se uma TA sistólica abaixo de 140 mmHg e TA diastólica abaixo de 90 mmHg em todos os doentes hipertensos, mas nos diabéticos ou com evento vascular prévio, os valores a atingir deverão ser inferiores a 130-80 mmHg (Nazaré, 2008).

São numerosos os fármacos existentes para o tratamento da HTA, pertencendo a categorias diferentes, consoante a ação: *i)* sobre o coração como bomba; *ii)* sobre os vasos condutores do sangue; *iii)* sobre os mecanismos de regulação da TA.

Trata-se de medicamentos dirigidos ao tratamento da hipertensão primária ou essencial, já que o tratamento da hipertensão secundária será dirigido para a causa subjacente ao aparecimento

⁵ Probabilidade de ocorrência de um evento cardiovascular num determinado período de tempo.

de hipertensão. O objetivo destes fármacos é sobretudo prevenir o risco de complicação cardiovascular, pois eles não curam a HTA, somente a controlam. Uma vez iniciada a terapêutica farmacológica, ela deverá ser continuada e mantida por toda a vida.

Os diuréticos – Diminuem o volume de líquido na circulação sanguínea e, conseqüentemente, o volume de líquido extracelular e plasmático bem como o débito cardíaco, aumentando a perda de sódio na urina (Coleman, 2000; Negrea, 2005). Estes medicamentos têm demonstrado capacidade de redução da morbimortalidade associada a HTA. São de baixo custo e normalmente bem tolerados e, por isso, constituem a primeira eleição no tratamento farmacológico em baixas doses nos mais idosos (Silva García et al., 2006). Estão também reservados para o tratamento de urgência da hipertensão, fazendo baixar os valores da TA mais rapidamente. A longo prazo, também atuam por meio de uma redução da RVP e relaxamento das fibras musculares ao diminuir a concentração de cálcio nas células. As principais limitações são os efeitos secundários que ocorrem com frequência. Com a administração dos diuréticos, perdendo quantidades significativas de sódio e potássio, poderá ocorrer a síndrome uricêmica, designada vulgarmente por gota. Nos idosos, devido às suas características hidroeletrólíticas, o uso de diuréticos oferece maior risco de desidratação e de alterações circulatórias. Podem ainda provocar intolerância à glicose e aumentar os níveis séricos dos triglicérides, dependendo da dose utilizada (Brandão et al., 2002).

Os beta-bloqueadores – São medicamentos que bloqueiam recetores situados nas células dos músculos, cardíaco e renal. Diminuem a frequência cardíaca, o tónus simpático, atuando ao nível do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e na síntese da renina. Tendem a abrandar o ritmo cardíaco e dessa forma diminuir a pressão arterial. Também atuam sobre as fibras musculares dos brônquios e do útero, podendo desencadear crises de asma e alterações da libido. Os benefícios deste grupo de medicamentos no tratamento da HTA no idoso não são tão claros, já que mais de metade dos idosos tratados utilizou betabloqueador associado a diurético. Em portadores de apneia do sono devem ser evitados pois inibem a taquicardia reflexa que ocorre após o episódio de apneia (Brandão et al., 2002).

Os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) – Estes fármacos atuam inibindo a ação da enzima que estimula o sistema renina-angiotensina-aldosterona, bloqueando a transformação da angiotensina I em angiotensina II, no sangue e nos tecidos, cuja estimulação contribui para o aumento dos valores da TA. Estes medicamentos mostraram-se tão eficazes na redução da mortalidade cardiovascular quanto os diuréticos e os

betabloqueadores. São sobretudo mais indicados quando existe insuficiência cardíaca e/ou diabetes. Os efeitos secundários são a tosse seca, alteração do paladar e reações de hipersensibilidade. Podem produzir hiperpotassémia em pessoas com insuficiência renal crônica. Estão contra indicados na suspeita da hipertensão renovascular.

Os antagonistas da angiotensina II – Estes medicamentos atuam bloqueando os recetores da angiotensina II, dilatando as artérias e melhorando a irrigação dos diferentes órgãos. Têm uma ação semelhante aos inibidores da enzima de conversão, estando sobretudo indicados para os doentes que apresentam tosse secundária. Mostram-se eficazes na redução da morbidade e mortalidade de doentes idosos com insuficiência cardíaca e são protetores da função renal (Brandão et al., 2002).

Os antagonistas dos canais de cálcio – São vasodilatadores que baixam a TA, ao bloquear a entrada de cálcio nas células musculares lisas que constituem a parede das artérias e das veias e diminuem a capacidade de contração das células musculares cardíacas. A sua ação principal consiste em reduzir a RVP por diminuição da concentração de cálcio nas células. Entre os efeitos adversos, é referida a dilatação das veias dos membros inferiores, provocando edemas semelhantes aos que se encontram na insuficiência venosa linfática dos membros inferiores e podem provocar ainda sensação de calor facial, tonturas e cefaleias (Brandão et al., 2002).

Os anti-hipertensores centrais – Atuam essencialmente diminuindo o tónus simpático, verificando-se uma descida da frequência cardíaca, uma diminuição da RVP e uma redução da atividade do sistema renina-angiotensina.

Como sabemos, a HTA no idoso, sobretudo nas últimas décadas, transformou-se num grave problema de saúde pública. A utilização do tratamento farmacológico, deverá ter em conta a possível presença de doenças associadas à HTA e os fármacos a utilizar não devem interagir com outros possíveis tratamentos que o idoso esteja a fazer. Para Pérez e Unanua (2003), embora se possa prescrever todo o tipo de fármacos anti-hipertensivos, iniciando-se com doses baixas e aumentando lentamente, os betabloqueadores oferecem maior problemática, uma vez que no idoso existe uma certa falta de capacidade de resposta a este grupo farmacológico e grande parte dos efeitos secundários são patologias comuns.

Brandão e cols. (2002), afirmam que a HTA, especialmente a elevação da TA sistólica e da pressão de pulso, representa um importante fator de risco cardiovascular para indivíduos idosos. A diminuição de TA tem-se mostrado efetiva em reduzir eventos cardiovasculares

fatais e não fatais. O tratamento farmacológico deve ser iniciado, segundo os autores, sempre que a TA sistólica seja ≥ 140 mmHg e/ou TA diastólica ≥ 90 mmHg após seis meses de tratamento não farmacológico. Nos idosos diabéticos, o tratamento farmacológico deve ser iniciado quando a TA sistólica seja ≥ 135 mmHg e/ou TA diastólica ≥ 85 mmHg. Ainda para estes autores, vários grupos de medicamentos anti-hipertensivos podem ser utilizados em pessoas idosas. A escolha deve ser sempre individualizada, considerando-se a presença de outras doenças associadas, condições socioeconómicas, tolerância ao medicamento e manutenção da qualidade de vida. Na maioria dos idosos hipertensos, diuréticos em baixas doses devem ser considerados drogas de primeira escolha, pelos seus benefícios sobre a morbimortalidade cardiovascular, demonstrados em diversos estudos clínicos. Os antagonistas dos canais de cálcio de longa ação podem ser utilizados na HTA sistólica isolada. Segundo os mesmos autores, os IECA são úteis na presença de diabetes.

Brack (2009) e muitos outros autores referem que, embora os medicamentos para a hipertensão sejam eficazes, não são suficientes. O controlo da HTA não se limita à prescrição de um regime terapêutico farmacológico, por mais eficaz que possa ser. O controlo desta doença crónica impõe mudanças nos comportamentos e hábitos de vida. Estas mudanças não devem ver-se como limitações na vida das pessoas, mas sim oportunidades para melhorar a qualidade de vida e a longevidade. Pérez e Unanua (2003) referem que “neste grupo de doentes as modificações do estilo de vida são bastante eficazes, e é especialmente recomendável a realização de exercício físico leve, a restrição de sal e o controlo do excesso de peso” (p.152).

B) Tratamento não-farmacológico

Os cuidados com a HTA exigem importantes intervenções sobre os grandes fatores de risco cardiovascular. As mudanças dos hábitos de vida são imprescindíveis no seu tratamento. As medidas dietéticas são de primordial importância. Controlar o peso e o perímetro da cintura abdominal (PCA), evitar a obesidade, diminuir as gorduras saturadas e o consumo excessivo de álcool, preferir alimentos com índices baixos de açúcar e sal e aumentar as frutas, as verduras e o aporte de cálcio, potássio e magnésio, são fundamentais. Superar um eventual tabagismo, praticar uma atividade física sem excesso e aliviar o stresse, constituem medidas de controlo da HTA e uma oportunidade para melhorar a qualidade de vida e a longevidade (Kane et al., 2005; Silva García et al., 2006).

Haynie e Wright (2005), referem que a terapia não farmacológica tem o potencial de: *i*) reduzir a HTA; *ii*) prevenir o desenvolvimento da HTA e outras doenças; *iii*) reduzir outros fatores de risco cardiovascular. Referem ainda que existem modalidades de terapêutica não farmacológica que mostram eficácia mais convincente ou mais sugestiva (Tabela 4).

Tabela 4.
Evidências na redução da HTA

Evidências convincentes	Evidências sugestivas	Redução de risco cardiovascular
Redução de peso	Aumento de potássio na dieta	Diminuição de gorduras saturadas
Restrição de sal	Aumento de cálcio na dieta	Diminuição de colesterol
Dieta DAHS	Exercícios aeróbicos	Evitar o tabaco
Moderação no consumo álcool		Exercícios aeróbicos

Fonte: Adapt. Haynie e Wright, 2005.

Uma alimentação equilibrada traduz-se num incremento da qualidade de vida e na diminuição do risco de doenças associadas ao envelhecimento, como a HTA e outras doenças cardiovasculares, surgindo assim o desafio de assegurar, através de uma alimentação saudável, as necessidades energéticas e nutricionais que o nosso organismo necessita diariamente. A escolha dos alimentos precisa de ser criteriosa (teor de colesterol, gorduras saturadas, sal), devendo preferir-se a qualidade em vez da quantidade (Nunes, 2008; Sousa & Araújo, 2011).

O colesterol – A OMS estima que mais de 50% dos EAM e cerca de 20% dos AVCs estão associados ao colesterol elevado (Carrageta, 2010). Com frequência, uma pessoa que tem HTA apresenta também dislipidemia. Num estudo realizado com 7814 pessoas, com idades entre os 35 e 74 anos, a relação entre colesterol total (CT) e colesterol HDL foi mais elevada para os dois sexos, nas pessoas com HTA do que nas pessoas não hipertensas (Brack, 2009; Coleman, 2000).

Mais recentemente, descobriu-se que a formação da placa de ateroma nas artérias não só é devida à formação de colesterol LDL, mas também ao colesterol LDL oxidado, resultante de um fenómeno anormal de oxidação dos constituintes biológicos do nosso organismo. Esta oxidação provém do oxigénio que respiramos e que participa na produção de energia que necessitamos diariamente para viver. Este processo, liberta nas nossas células moléculas muito tóxicas que se chamam derivados ativos do oxigénio, os primeiros radicais livres do organismo. Estes radicais livres vão oxidar as moléculas vizinhas, ocasionando reações,

potencialmente devastadoras, alterando as membranas celulares até à sua destruição, ricas em lípidos e facilmente oxidáveis, a menos que intervenham os antioxidantes apropriados para interromper esta cadeia. Assim, os antioxidantes são, de certa forma, os antídotos da toxicidade do oxigénio. Quando há um desequilíbrio entre a produção pelo organismo de radicais livres e as nossas defesas antioxidantes, designa-se de stresse oxidativo. Este desequilíbrio, quando existe, traduz-se num risco mais elevado de surgirem certas doenças, entre as quais, doenças neuro-degenerativas, neoplasias e doenças cardiovasculares. Além da sua implicação num grande número de patologias, o stresse oxidativo tem sido reconhecido como uma das causas do envelhecimento (Brack, 2009). O relacionamento entre hipertensão, doença cardíaca e consumo de gorduras está bem estabelecida, pelo que, quem sofre de hipertensão, precisa diminuir o consumo de gorduras animais.

O objetivo do tratamento do colesterol é reduzir o risco de doença cardiovascular, através do aumento do colesterol HDL e diminuição do LDL. Para além da medicação, é necessário acompanhar este tratamento com o controlo do peso corporal, praticar atividade física regular, não fumar e manter uma dieta saudável rica em fibras vegetais e pobre em gorduras saturadas.

As gorduras – Os ácidos gordos saturados provocam um aumento do colesterol LDL. Provêm sobretudo de produtos animais como a carne, os produtos de charcutaria, como as carnes fumadas e os enchidos, o presunto, o leite, a manteiga e os queijos gordos. Um estudo da Fundação Portuguesa de Cardiologia mostra que cerca de dois terços da população adulta portuguesa tem o colesterol elevado (Carrageta, 2010). No entanto, este facto não causa sintomas nas pessoas, pelo que se trata de uma situação grave que importa prevenir. Os ácidos gordos insaturados ou essenciais são benéficos ao nosso organismo. São os Ómega 3, que se encontram nos grãos de linho, azeite de colza e soja e nos peixes gordos, como o salmão e a sardinha, e os Ómega 6, existente no azeite.

As sociedades científicas europeias recomendam valores normais de colesterol inferior a 190 mg/dl para a população em geral e 175mg/dl para pessoas com doença coronária ou outra doença aterosclerótica. Para os valores do colesterol LDL, é recomendado ser inferior a 115 mg/dl para a população em geral e 100mg/dl para os doentes de maior risco. A *American Heart Foundation* e outras associações norte-americanas recomendam valores de colesterol LDL inferior a 100 mg/dl na população geral e inferior a 70 mg/dl nos doentes coronários (Carrageta, 2010).

O sal – Atualmente, a nossa alimentação fornece-nos 10g de sódio e 2g de potássio, sendo que este desequilíbrio está especialmente na origem da HTA (Brack, 2009). A população portuguesa ingere quantidades excessivas de sal. A restrição do sódio é uma das medidas fundamentais e efetiva nos hipertensos sem excesso de peso (Carrageta, 2010; Pádua, 2008; Silva García et al., 2006). Torna-se necessário limitar os alimentos enlatados e os pratos pré confeccionados, e consumir mais frutas e legumes, sem exceder no sal. A comunidade científica recomenda o consumo diário não superior a 6g de sal e aos hipertensos que limitem o seu consumo de sal a 5g por dia (equivalente a uma colher de chá) ou 2,4g de sódio por dia (MacGregor & Kaplan, 2010). Segundo Brack (2009), estudos realizados a cerca de 2500 hipertensos, confirmaram que toda a redução de consumo de sódio diminuiu a TA, e MacGregor e Kaplan (2010) referem que em estudos de meta-análise de redução de ingestão de sal (6gr/dia), a TA sistólica diminuiu 7mmHg nos hipertensos ($p<0,001$) 4 mmHg ($p<0,001$) nos normotensos, com um efeito similar a um diurético tiazídico. São os idosos, os diabéticos obesos com resistência insulínica e os utentes de raça negra, a população que é mais sensível ao sal (Silva García et al., 2006). Para limitar o consumo de sal, deve utilizar produtos frescos e evitar os produtos pré confeccionados, de salsicharia, charcutaria, fumados, enlatados, refeições congeladas e em conserva, margarinas e manteigas, contêm frequentemente demasiado sal (DGS, 2005a).

Os primeiros cientistas a afirmar que o sal poderia ser prejudicial foram Ambard e Beaujard que, em 1904, publicaram artigos onde descreviam uma associação entre o consumo de sal e a TA elevada (Coleman, 2000). Só em 1940 foi estabelecida cientificamente a relação entre o sal e a HTA. Hoje em dia, a maior parte das pessoas ingere demasiado sal, porque ele desempenha um papel importante na alimentação a que estamos habituados. Ao sermos sensíveis à quantidade de sal que ingerimos, o nosso corpo não consegue desembaraçar-se do excedente. Ao reduzir a quantidade de ingestão de sal é provável que os valores da TA desçam. Segundo Girerd e cols. (2004), uma redução moderada da quantidade de sal diária em cerca de 100 mmol/dia faz baixar os valores da TA em cerca de 5 mmHg. Segundo estes autores, as pessoas idosas são também mais sensíveis ao excesso de sal. Estes resultados podem igualmente ser demonstrados por uma meta-análise de 28 ensaios randomizados em indivíduos hipertensos, sugerindo que a restrição de sal é mais benéfica para os idosos hipertensos (Mulrow & Brand, 2001).

Ainda acerca da ingestão de sal, Ballone, Ortolani e Neto (2007) referem que em determinadas comunidades nas quais não se ingere sal, os membros dessas comunidades não apresentam hipertensão, como ocorre, por exemplo, com os índios Ianomâmi. Por outro lado, existe uma possibilidade, embora não pesquisada, que estes índios apresentam níveis mais baixos de stresse que as populações mais civilizadas. Igualmente, Amado e Arruda (2004) referem-se ao estudo INTERSALT, de 1988, como sendo o mais importante estudo epidemiológico multicêntrico, no qual os dados foram obtidos de 52 populações diferentes de 32 países, incluindo populações indígenas da tribo Ianomâmi, para pesquisar a relação entre a ingestão de sódio (Na⁺) e de potássio (K⁺) com a TA. Os resultados demonstraram de modo inequívoco que a elevação da TA e o aumento da sua prevalência com o avançar da idade, estava relacionada com a quantidade de sal na dieta. Mostraram ainda que comunidades que consumiam mais sódio (cerca de 9g), tinham maior aumento da TA com o envelhecimento (provável efeito cumulativo do sal). A população Ianomâmi diferenciou-se dos outros grupos estudados, por apresentar ausência de aumento de TA com a idade, ausência de HTA e obesidade. Este estudo comprovou a relação positiva entre ingestão de sal e níveis de TA.

Torna-se importante evitar associar, na mesma refeição, vários alimentos com forte conteúdo de sal, como o salmão fumado, carnes fumadas, pão, pratos pré confeccionados, queijos, carnes gordas, entre outros. Utilizar as ervas aromáticas e especiarias para temperar é a melhor opção: orégãos, tomilho, louro, salsa, coentros, alecrim, alho, cebola, limão, caril, açafraão, etc. Ter atenção às etiquetas dos produtos comprados no supermercado, sabendo que 1g de sal equivale 400g de sódio. Em Portugal, desde agosto de 2009, o teor máximo permitido de sal no pão é de 1,4 gr por 100g de pão, para todos os tipos de pão, de acordo com o DL n.º 75/2009, de 22 de fevereiro, que estabelece as normas com vista à redução do teor de sal no pão bem como estabelece normas de informação na rotulagem de alimentos embalados, destinados ao consumo humano.

Dieta DASH - Um estudo realizado por cientistas dos Estados Unidos e publicado em 1997, designado por DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), definiu uma dieta, muito aconselhada por várias associações de cardiologia, destinada à prevenção e tratamento da HTA (Brack, 2009; Jordán Valenzuela, Garrido Miranda & Serrano Martínez, 2007). Este estudo, confirmou que esta dieta, também designada “mediterrânica”, pode ter um efeito benéfico não só sobre os valores da TA, como também sobre os valores do colesterol HDL e LDL. Trata-se de uma alimentação que privilegia a ingestão de frutas, grãos, nozes, vegetais

ricos em cálcio, potássio e magnésio, fibras e laticínios magros, dando preferência aos ácidos gordos insaturados, privilegiando o peixe e reduzindo a carne vermelha (Brack, 2009; Haynie & Wright, 2005). Segundo Mulrow e Brand (2009), esta dieta, durante oito semanas, reduziu a TA em 11,4/5,5 mmHg em 133 indivíduos com HTA. Também Amado e Arruda (2004) referem que o estudo DASH-SODIUM que utilizou três níveis de ingestão de sódio, demonstrou que a dieta DASH com o menor nível de sódio (50 mmol/dia) reduziu a TA média em 7,1 mmHg em normotensos e em 11,5 mmHg em hipertensos, recomendando o aumento destes alimentos nas refeições diárias, pois contribuem para a redução da ingestão de gorduras saturadas e sódio, relacionados com concentrações elevadas de colesterol e consequente aumento do risco de cardiopatias e redução do peso corporal com benefício para o perfil lipídico. Está indicada para todos, especialmente para os idosos com HTA e pessoas de raça negra. Também o consumo de azeite virgem extra deve ser integrado na dieta, dado o seu teor em ácidos gordos e polifenóis, substâncias que são cardioprotetoras. Nos idosos com tratamento farmacológico, a dieta mediterrânica e particularmente a diminuição do sódio, poderá ser uma grande ajuda para o controlo dos valores da TA (Jordán Valenzuela et al., 2007).

O álcool - Vários estudos têm demonstrado que o consumo moderado de álcool, um a dois copos de vinho tinto por dia, às refeições, reduz o risco cardiovascular, diminuindo o risco de doença isquémica cardíaca, EAM e AVC. Pequenas quantidades, não superiores a 2 dl de vinho tinto por dia, parecem ser benéficas pelas substâncias antioxidantes que o vinho tinto contém, como polifenóis que atuam como protetores e elevam os valores do colesterol HDL (Pádua, 2008), e flavonóides que protegem da oxidação o colesterol LDL, assim como também se lhe atribuem efeitos anti-trombóticos e anti-inflamatórios da parede arterial (Jordán Valenzuela et al., 2007). No entanto, uma história detalhada do consumo de álcool deve ser obtida e o aconselhamento deve ser de redução da ingestão para menos de 720 ml de cerveja, 300 ml de vinho ou 60 ml de destilados, por dia. Esta quantidade deve ser reduzida para metade nas mulheres (Haynie & Wright, 2005).

O excesso de álcool favorece a HTA, aumentando o risco de AVC, cardiomiopatia alcoólica por destruição das células do miocárdio e do músculo cardíaco, ou arritmias (Pádua, 2008). O álcool pode ainda interferir com a terapêutica farmacológica e induzir resistência aos anti-hipertensivos (Girerd et al., 2004). Coleman (2000) e MacGregor e Kaplan (2010), referem que, uma vez que o álcool é rico em calorias, a grande ingestão de bebidas alcoólicas

significa, invariavelmente, um aumento de peso e este tem um efeito adicional prejudicial sobre a TA, podendo constituir ainda uma causa subreptícia de hipertensão resistente, para além de exercer uma ação tóxica sobre o fígado, com consequente desenvolvimento de cirrose hepática e fenómenos carcinogénicos.

O chá e café - Os polifenóis existentes no chá possuem propriedades vasorelaxantes. Um estudo realizado na Universidade de Bóston durante um mês, com doentes que sofriam de aterosclerose das coronárias, demonstrou que o consumo de quatro chávenas de chá preto por dia melhora significativamente o funcionamento das veias e das artérias (Brack, 2009). Os benefícios do chá, julga-se que será devido à presença de substâncias químicas vegetais, os flavonóides, que têm uma ação antioxidante, protetores das células e das paredes das artérias. O chá verde é o menos oxidado e o que contém maior quantidade de antioxidantes (Carrageta, 2010). A diferença entre a cafeína do chá e a cafeína do café é que a presença no chá de taninos em quantidade significativa, relativiza a absorção da cafeína. A cafeína existente no café, sendo uma substância psicotrópica, aumenta a libertação de adrenalina, aumentando o ritmo cardíaco e a capacidade de contração do músculo cardíaco, aumentando a TA, razão pela qual não é recomendável o consumo excessivo de café diariamente.

Em conclusão:

Neste contexto a alimentação é considerada o factor mais importante. A HTA é largamente considerada uma doença alimentar. Ao mudar os hábitos alimentares, podemos modificar o risco de doença vascular e reduzir a sua evolução. Comer peixe, consumir vegetais e fruta em quantidade, comer proteínas em doses adequadas, consumir gorduras saudáveis em quantidades moderadas, ingerir alimentos ricos em fibra vegetal, reduzir o sal e beber moderadamente às refeições, pode evitar muitas doenças e, provavelmente, atrasar o processo de envelhecimento. (Carrageta, 2010)

O tabaco - O tabaco constitui igualmente fator de risco cardiovascular, como sabemos, aumentando a frequência cardíaca e a HTA. A probabilidade de uma pessoa hipertensa e fumadora sofrer um EAM é quatro vezes superior a outra pessoa não fumadora (Coleman, 2000). Segundo Girerd e cols. (2004), o tabaco provoca um aumento da TA de 5 a 10 mmHg nos 15 a 30 minutos que se seguem ao consumo de um cigarro e o aumento da frequência cardíaca de 15 a 25 pulsações por minuto, o que acelera os processos do envelhecimento e desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Pode ser responsável pela constrição aguda das artérias, incluindo os espasmos ao nível das artérias coronárias (Jordán Valenzuela et al., 2007). Além disso, aumenta o CT e diminui o colesterol HDL. Aumenta o hematócrito, ativando as plaquetas e aumentando o risco da formação de ateromas e aumentando a

disfunção do endotélio dos vasos. Estudos científicos demonstraram que o óxido de carbono resultante da combustão do tabaco é o responsável por esta toxicidade (Brack, 2009). Por outro lado, a hemoglobina, captando o óxido de carbono, não transporta oxigénio suficiente para as células, nomeadamente as do miocárdio, não cumprindo eficazmente a sua função. O tabagismo é também um fator de stresse oxidante, pois o fumo do cigarro produz também radicais livres. Uma vez no organismo, estes radicais livres oxidam os lípidos, as proteínas, o ADN das células e as membranas celulares (Brack, 2009; Carrageta, 2010).

Deixar de fumar é uma das melhores atitudes de um fumador, não só porque os riscos do tabagismo começam a desaparecer assim que deixa de fumar, ao reduzir o risco de complicação cardiovascular e aparecimento de vários tipos de cancro, bronquite ou enfisema pulmonar.

O sedentarismo, a atividade física e o exercício físico – Vários estudos têm demonstrado uma relação entre sedentarismo e HTA (Van Guilder, Westby, Greiner, Stauffer & De Souza, 2007). O doente sedentário tem um risco de desenvolver HTA de 20% a 30% mais elevado relativamente ao doente que pratica uma atividade física regular (Girerd et al., 2004). O tempo que cada pessoa passa a ver televisão, aumenta o risco de obesidade e diabetes tipo II, contribuindo para que não sejam consumidas todas as calorias ou gorduras ingeridas, favorecendo a elevação dos níveis de colesterol LDL e de glicemia, e o peso corporal (MacGregor & Kaplan, 2010). O estudo CHAMP (*Cardiac Hospital Atherosclerosis Management Program*) demonstrou que o acompanhamento durante dois anos de pessoas que sofreram EAM, através de um programa de informação e de conselhos dietéticos, permitiu reduzir a taxa de recidiva do enfarte e a mortalidade global ao fim do primeiro ano (Brack, 2009).

Exercícios de intensidade moderada reduzem a TA cerca de 5 a 10 mmHg (Brack, 2009), pois têm um efeito vasodilatador periférico, fundamental para a redução da HTA. A prática do exercício físico moderado em idosos com HTA ligeira a moderada, está associada a uma diminuição da TA sistólica e diastólica da ordem de 13 e 10 mmHg, respetivamente (Pinto, 2001). Outros estudos, em que foram avaliados os efeitos do exercício físico moderado e intenso em idosos hipertensos de ambos os sexos, demonstraram que ambos diminuem de modo similar a TA diastólica (12 e 11 mmHg), mas o exercício moderado é mais eficaz para baixar a TA sistólica (20 e 8 mmHg), sugerindo, assim, que o exercício físico moderado é o mais aconselhado para os idosos. As atuais recomendações do Colégio Americano da

Medicina Desportiva e da Associação Americana do Coração, propõem 30 minutos de atividade física diária, como o mínimo necessário para se obterem benefícios para a saúde nas pessoas idosas (Chodzko-Zajko et al., 2009).

A atividade física constitui uma boa forma de diminuir os valores da TA e reduzir outros fatores de risco da HTA. Andar diariamente cerca de 30 minutos a pé, ir às compras ou ir comprar o jornal a pé, usar as escadas em vez do elevador, são atividades diárias que podem ajudar a reduzir e combater o sedentarismo, o stresse e melhorar o peso corporal (Wanderley & Carvalho, 2011). A realização de exercício físico, recomendado em todas as idades, deve ser feito com precaução, sobretudo nas pessoas mais idosas, com antecedentes em práticas desportivas e dependendo do estado de saúde, podendo existir contra indicações para a sua realização que devem ser atendidas. Para Jordán Valenzuela e cols. (2007), o exercício físico, seja qual for, não deve ultrapassar a frequência cardíaca máxima (FCM = 220 pulsações/minuto), sabendo que o nível mínimo de treino que consegue aumentar o consumo de oxigénio situa-se entre 55% e 60% da FCM, pelo que deve ser determinado o valor da frequência cardíaca máxima prevista (FCMP), com a seguinte fórmula:

$$(FCMP) = 220 - \text{idade (anos)} \times 0,6$$

Ainda para estes autores, a realização de exercício físico, para além de diminuir os valores da TA, apresenta as seguintes vantagens: *i)* aumenta os níveis de energia e capacidade de trabalho; *ii)* ajuda a diminuir e controlar as situações de stresse; *iii)* melhora a imagem corporal e o estado de ânimo; *iv)* aumenta a resistência à fadiga; *v)* ajuda a combater estados psicológicos de ansiedade e depressão; *vi)* melhora o tónus muscular, fortalece o aparelho locomotor, contribui para a prevenção da osteoporose, alterações musculares e articulares; *vii)* favorece o relaxamento e diminui a tensão muscular; *viii)* ajuda a perder peso corporal e a manter o peso ideal; *ix)* melhora o sono; *x)* melhora a circulação sanguínea e favorece o funcionamento cardíaco; *xi)* favorece o trânsito intestinal, ajudando a combater e evitar a obstipação; *xii)* proporciona uma oportunidade para o convívio social com amigos ou familiares ou para fazer novos amigos.

O início do exercício físico deve ser sempre suave e gradual, aumentando ao longo das sessões subsequentes. Antes de se iniciar, é necessário conhecer possíveis limitações, físicas ou outras, gostar da atividade escolhida, utilizar vestuário adequado, manter uma dieta

equilibrada e beber água, e nunca chegar a situação de esgotamento físico durante ou após o exercício.

Assim, para Girerd e cols. (2004), as principais medidas não farmacológicas para prevenir e tratar a HTA e as doenças cardiovasculares em geral, são: *i)* deixar de fumar; *ii)* perder peso corporal; *iii)* reduzir o consumo de álcool; *iv)* praticar com regularidade exercício físico moderado; *v)* lutar contra o stresse; *vi)* manter um regime alimentar equilibrado, com pouco sal, rico em potássio, cálcio e magnésio, peixe e carnes magras, muitos vegetais e frutas frescas; *vii)* corrigir a dislipidemia e/ou diabetes.

A adoção de estilos de vida mais saudáveis para controlar os valores da TA, é fundamental. A restrição de sal na alimentação, substituído por ervas aromáticas, não fumar, controlar o peso e o PCA, manter IMC, aumentar a atividade física diária, com passeios ou marchas a pé, preferir peixe, vegetais, fruta e cereais e diminuir as gorduras e também o açúcar, são essenciais no tratamento não farmacológico da HTA. São as calorias a mais e a falta de atividade física que fazem aumentar o peso corporal (Pádua, 2008). “Nós somos o que comemos”, refere este autor, defendendo que devemos escolher mais verduras e menos gorduras e açúcares, mais peixe e azeite, menos carne e menos sal. Salienta ainda as orientações alimentares aprovadas pelos diretores de programas CINDI (*Countrywide Integrated Non Communicable Diseases Intervention*) da OMS, em Portugal (Pádua, 1999), a saber:

1. Fazer uma dieta nutritiva, saudável e variada, baseada sobretudo em alimentos vegetais, mais do que animais;
2. Pão, leguminosas secas, cereais, massas, arroz e batatas devem ser ingeridos várias vezes por dia, nas várias refeições;
3. Comer vegetais e frutos variados, locais (mais de 400 g/dia);
4. Preferir leite e seus derivados magros (queijo e iogurtes) a consumir diariamente;
5. Evitar carnes gordas, a substituir por feijão, legumes, peixe, frango, ovos ou carne limpa em pequenas quantidades;
6. O consumo total de gordura ou de óleo (incluindo os que se encontram na carne, leite e outros alimentos e ainda os usados para cozinhar) não deve exceder 15% a 30% da energia diária;

7. Comer pouco açúcar;
8. O consumo total de sal (incluindo o que se encontra no pão e nos alimentos enlatados ou fumados) não deve exceder 5 g/dia (uma colher de chá);
9. Manter o peso dentro dos limites recomendados (IMC entre 18,5 e 24,9 Kg/m²) e praticar exercício físico regular;
10. Se beber, não exceda duas pequenas bebidas (2 dl de vinho ou uma cerveja, por dia), e um dia por semana deverá abster-se de ingerir qualquer bebida alcoólica;
11. Escolher alimentos frescos ou congelados, cozidos em água ou vapor, ou então grelhados e reduzir a gordura ou o óleo utilizados na sua confeção.

O peso corporal – Como referem Eliopoulos (2001), Haynie e Wright (2005), Silva García e cols. (2006), Pádua (2008), Carrageta (2010), entre outros, a redução do peso corporal melhora a HTA e potencia o efeito dos fármacos anti-hipertensivos. Calcula-se que 30% a 40% das pessoas com excesso de peso têm HTA (Brack, 2009). O excesso de peso corporal e obesidade aumentam os valores da TA, sobretudo na que se manifesta pelo aumento da relação diâmetro da cintura/diâmetro da anca superior a 88 cm na mulher e a 102 cm no homem (Moreira & Horie, 2008). Igualmente, Silva (2005) refere que diversos estudos epidemiológicos, em populações diferentes, confirmam a relação contínua e positiva entre o IMC e a prevalência da HTA. O controlo ponderal, só por si, permitiria suprimir 48% dos casos de HTA nos caucasianos e 28% nos negros, sugerindo o estudo de Framingham, em que 65% dos casos de HTA nas mulheres e 78% nos homens estão diretamente relacionados com o excesso de peso. No entanto, os mecanismos fisiopatológicos de causalidade entre obesidade e HTA, longe de esclarecidos, são múltiplos e complexos.

A WHO (2006a), define o excesso de peso como IMC igual ou superior a 25 Kg/m² e obesidade igual ou superior a 30 Kg/m², conforme podemos observar na Tabela 5. Um IMC acima de 25 Kg/m² ou um aumento do PCA, estão relacionados com uma maior prevalência de HTA. A prevalência da HTA duplica com a obesidade (IMC = >30 Kg/m²). Uma perda de peso de cerca de 5 Kg pode determinar em média uma descida de 10 mmHg da pressão sistólica e 5 mmHg da pressão diastólica. Esta classificação, usada nos EUA, Canadá, UE e muitos outros países, é baseada na relação, IMC, mortalidade e doença crónica, independentemente da idade e do género (Janssen, 2010).

Tabela 5.
Classificação do IMC (Kg/m²)

Classificação	IMC (Kg/m ²)
Baixo peso	< 18,5
Peso normal	≥18,5 – 24,9
Excesso de peso	≥25 – 29,9
Obesidade	≥30 – 39,9
Obesidade mórbida	≥40

Fonte: Adapt. WHO, 2006a.

No entanto, a distribuição do tecido adiposo no corpo humano é igualmente um indicador de saúde, sobretudo a gordura ao nível do tecido celular subcutâneo abdominal e intra-abdominal ou visceral, envolvida na patogénese de fatores de risco da doença cardíaca e diabetes tipo II, pelo que o PCA é também usado em combinação com o IMC, como um indicador de obesidade e fator de risco (Janssen, 2010; Moreira & Horie, 2008).

a) Estratégias úteis na redução do peso corporal e controlo da HTA

Nos hipertensos com excesso de peso ou obesos, o objetivo inicial é a perda de 10% do peso corporal em seis meses, em média 500 gr a 1Kg por semana. A perda de peso requer a diminuição de calorias e redução de gordura na dieta. A ingestão calórica é reduzida de 500 a 1000 Kcal/dia. Uma metanálise de cinco estudos randomizados evidenciou que a redução do peso baixou a TA em adultos e idosos obesos e hipertensos. Uma redução de 5 Kg traduziu uma redução na TA de 6/5 mm Hg (Mulrow & Brand, 2001).

O aumento da atividade diária (por exemplo, subir escadas em vez de elevador, caminhar em vez de conduzir), bem como um esquema adequado de exercícios, na maior parte dos dias da semana, como a marcha, o ciclismo ou a natação, são benéficos para os utentes idosos com HTA, promovendo importantes adaptações hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular e manter a homeostasia celular face às necessidades metabólicas. Verifica-se aumento no débito cardíaco, redistribuição no fluxo sanguíneo e elevação da perfusão circulatória para os músculos em atividade (Haskell et al., 2007; Rondon & Brum, 2003; Spinato, Monteiro & Santos, 2010).

b) Componentes de uma adequada nutrição para os idosos

Segundo Carroll e Brue (1989), as pessoas idosas necessitam de menos calorias. O aporte calórico recomendado para um homem de 51-75 anos é de 2400 calorias diárias e para uma mulher da mesma idade é de 1800 calorias. À medida que a idade avança diminuem as necessidades. Com mais de 75 anos, o aporte calórico é de 2050 e para a mulher é de 1600 calorias. É necessário 1g de proteínas por 1Kg de peso corporal para a manutenção física equilibrada. Para um idoso, 10% a 12% do aporte calórico deve ser das proteínas. Os hidratos de carbono deveriam representar 80% do aporte calórico e as gorduras, apenas 10% do total.

As fontes principais de proteínas são a carne, o peixe, os ovos, o leite magro e os produtos lácteos magros. As fontes principais dos hidratos de carbono são os açúcares e as féculas, incluindo os que se encontram nos grãos, frutas e vegetais. Para os idosos, os hidratos de carbono deveriam ser predominantemente dos cereais, frutas e vegetais. As maiores fontes de gorduras são as animais e azeites vegetais.

Além das proteínas, hidratos de carbono e gorduras, é preciso estar atento às vitaminas e minerais na alimentação dos idosos. Um mineral importante é o cálcio, pois há uma relação direta entre osteoporose e cálcio. As mulheres, pós menopausa, necessitam de 1500 mg de cálcio por dia. Encontramos alimentos ricos em cálcio nos produtos lácteos magros, nos vegetais, especialmente nos nabos.

A vitamina C é outro constituinte importante. Os citrinos são a principal fonte de vitamina C. O zinco está presente nos vegetais verdes e é importante na conservação do paladar. Apesar de diminuírem o número de glândulas salivares, uma adequada quantidade de zinco na dieta pode prevenir a aceleração da perda do paladar.

As fibras são também importantes. É uma grande ajuda para prevenir a obstipação, que é muito frequente nos idosos. Certos cereais são muito ricos em fibra. As frutas e os vegetais são também fontes de fibra.

O aporte adequado de líquidos é uma parte importante na dieta. Se não estiver contra indicado, os idosos deveriam beber cerca de 2 litros por dia. Estes devem ser tomados ao longo do dia e devem ser de fácil acesso.

Stresse psicossocial - Nas nossas sociedades tecnologicamente avançadas, o stresse é reconhecido como uma das enfermidades do século. Trata-se de um estado patológico

frequentemente ligado à incapacidade de controlar uma situação que está a ser vivenciada de forma penosa e difícil (Frasquilho, 2005). Uma vivência perante uma situação que se percebe ser simultaneamente ameaçadora ou desagradável e difícil de resolver (Carrageta, 2010). São bem conhecidas as repercussões do stresse no nosso sistema imunitário. Brack (2009), refere que uma situação de stresse agudo pode influenciar o desenvolvimento de uma neoplasia ou uma doença infecciosa, enquanto uma situação de stresse crónico é mais responsável por doenças metabólicas ou cardiovasculares, como a HTA, a doença isquémica e a diabetes. Nesta situação de stresse crónico, há uma contínua produção de hormonas, como a adrenalina, os corticoides, o neuropéptido Y, que provocam uma série de alterações fisiológicas, como a taquicardia, potenciação do sistema renina - angiotensina – aldosterona, subida da TA, aumento do peso e acumulação da gordura abdominal (Ballone et al., 2007; Carrageta, 2010; Jordán Valenzuela et al., 2007). Em certas situações, a HTA pode ser entendida como uma resposta adaptativa do organismo a momentos de stresse, pois devido aos estilos de vida de hoje é difícil não sofrer de stresse, tornando-se necessário reduzir e controlar os efeitos deste no organismo.

Técnicas de gestão do stresse – Técnicas simples para gerir o stresse podem permitir ter melhor controlo sobre os problemas causadores de stresse. Carregeta (2010), refere que é necessário saber “desligar” dos problemas. Todas as técnicas de relaxamento proporcionam uma pausa no stresse crónico, criando um oásis de paz interior, pelo menos durante alguns momentos, e que ajuda a superar as dificuldades diárias.

Quando estamos relaxados, respiramos mais profundamente e lentamente e quando estamos ansiosos a nossa respiração é mais rápida e superficial. A forma como respiramos interfere com o sistema nervoso simpático e parassimpático. Respirar lentamente relaxa, pois há uma relação com o sistema nervoso parassimpático, libertador de hormonas relaxantes como a acetilcolina. Tentar respirar lenta e profundamente, inspirando pelo nariz e expirando pela boca, provocando movimentos abdominais, é um exercício simples que estimula o sistema nervoso parassimpático, produzindo uma sensação de calma e relaxamento. O exercício físico, caminhar regularmente com outras pessoas amigas, passear pelo campo, observar a natureza, são excelentes formas de aumentar o ânimo e libertar a mente (Jordán Valenzuela et al., 2007).

Focar a atenção durante uns minutos, normalmente com os olhos fechados e numa posição confortável, um objeto, um som, uma imagem, em algo que nos seja agradável e nos faça

sentir bem e tranquilos. No fim da uma sessão, normalmente cerca de vinte minutos, a mente está mais tranquila. O ioga possibilita um relaxamento mais prolongado dos músculos, aumentando a sua flexibilidade. A mente fica mais tranquila quando o corpo está mais relaxado (Carrageta, 2010; Payne, 2003).

A visualização consiste em imaginar, durante alguns minutos, um local da experiência passada em que se sentiu bem e foi agradável. Pede-se que se imagine nesse local e procure reviver, o mais intensamente possível, as sensações desse momento feliz. Será igualmente uma forma eficiente de combater o stresse (Portugal & Azevedo, 2011).

O ódio e a raiva são talvez as formas mais tóxicas de stresse. Saber perdoar é ser capaz de se libertar do seu próprio sofrimento. Um dos mecanismos que explica os benefícios do perdão e do altruísmo encontra-se no cérebro, nos chamados “neurónios em espelho”, isto é, as mesmas partes do cérebro são ativadas, quer pela prática da ação, quer pela observação dessa ação. Quando ajudamos os outros estamos também a ajudar-nos a nós próprios. O altruísmo é benéfico, quer para o beneficiário, quer para a pessoa que ajuda, sendo uma das melhores formas de quebrar o isolamento social.

As pessoas que se sentem sós e isoladas têm risco acrescido de contrair doenças, não só cardiovasculares como de todas as outras causas. A solidão provoca depressão e ansiedade. Para evitar o isolamento, é importante manter o contacto regular e próximo com familiares e pessoas amigas. Participar em tarefas ou ações de voluntariado na própria comunidade evita o isolamento (Nunes, 2008).

História familiar – Genética - A hereditariedade é sem dúvida um fator de risco da HTA sobre o qual não é possível intervir. Havendo na família hipertensos, significa um risco mais elevado de ser também hipertenso. Segundo Brack (2009), num estudo de caso-controlo de Ciruzzi (2002), as pessoas que tinham pelo menos um familiar próximo que tinha sofrido um EAM, apresentavam um risco de aparecimento da patologia de 31%, enquanto o grupo de controlo apresentava 15%. Pensa-se haver um componente genético da HTA, tendo em vista a incidência maior da doença em membros da mesma família. Segundo alguns autores, como refere Brack (2009), a tendência hereditária costuma aparecer em cerca de 45% a 75% de todos os doentes. Em gémeos idênticos, a concordância para a HTA é de 50% e nos não idênticos é de 23%. Isto sugere que o mecanismo genético-constitucional não é o único responsável para o desenvolvimento da HTA.

Uma representação esquemática sobre fatores de risco e tratamento da HTA é apresentada na Figura 3.

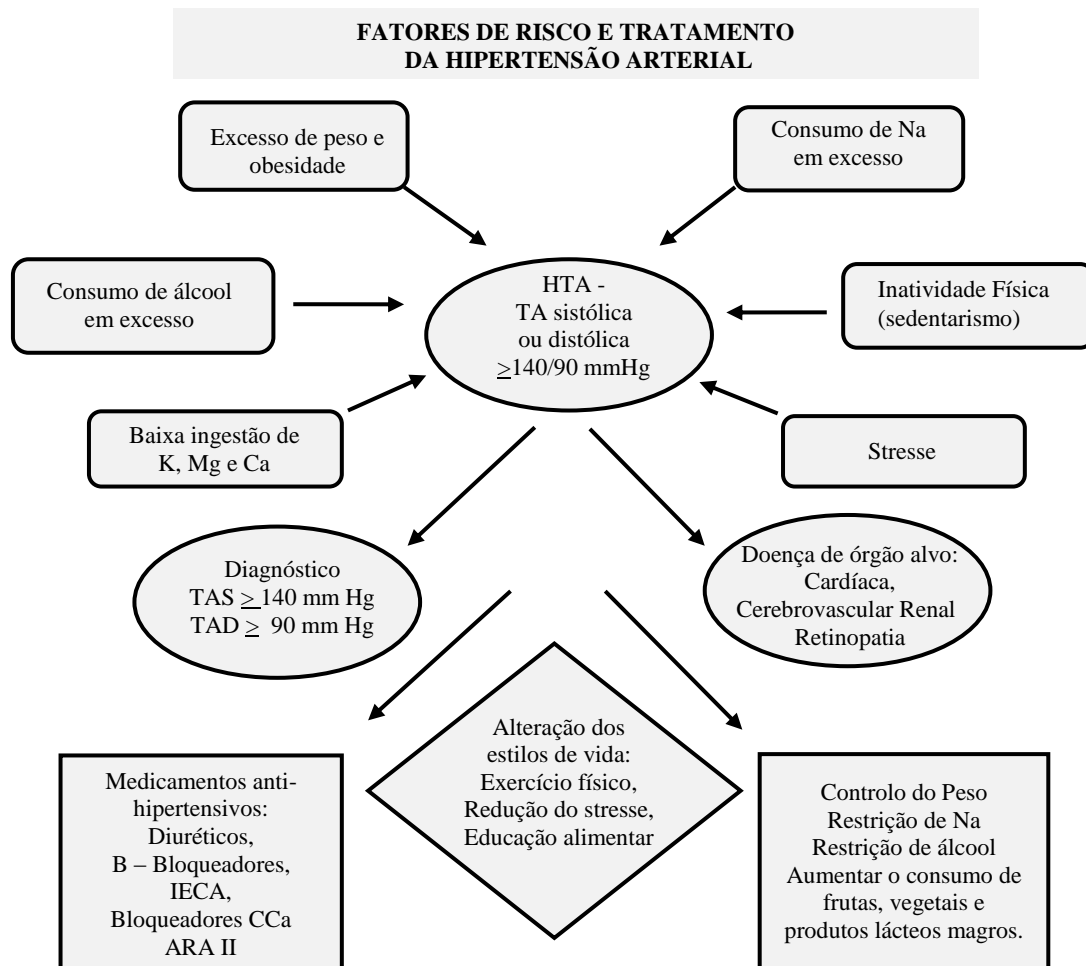


Figura 3. Fatores de risco e tratamento da HTA

(Adapt. Mahan & Escott-Stump, 2005, p.872).

Em síntese, o tratamento da HTA no idoso, compreende o tratamento farmacológico e não farmacológico. O tratamento não farmacológico, assente no conhecimento e motivação para os processos de ajustamento, mudança e adesão a estilos de vida saudáveis, tem como principal objetivo, diminuir a morbidade e mortalidade cardiovascular. Das adequações não farmacológicas que comprovadamente reduzem a TA, constam o controlo do excesso de peso, a diminuição na ingestão de sal, de gorduras e de bebidas alcoólicas, a prática de exercício físico moderado e regular e a não utilização de drogas, como o tabaco que elevam a TA.

Faulhaber (2008), afirma que para os hipertensos idosos, são válidas as mesmas indicações que para os jovens e adultos. No entanto, adverte que podem surgir efeitos secundários acrescidos com o tratamento farmacológico. Alerta ainda para maior dificuldade e, por isso, é necessário dar mais atenção à alteração de hábitos de vida e comportamentos menos saudáveis nos idosos. Assim, relativamente à alimentação, aconselha os produtos integrais, tendo em atenção o consumo suficiente de líquidos (os idosos têm, frequentemente, menos sede). A falta de líquidos pode prejudicar a função renal, causa obstipação e agrava a menor elasticidade dos vasos sanguíneos. Quanto ao excesso de peso, aconselha a sua redução, não só para a regulação da TA, como também para a melhoria do sistema osteoarticular, função pulmonar e da mobilidade em geral. Deve ser sempre assegurada a ingestão de substâncias nutritivas e de sais minerais. Sobre o consumo de sal, Faulhaber (2008) aconselha a sua redução, embora alerte para a diminuição do paladar nos idosos, podendo surgir distúrbios ao nível do apetite, se os alimentos não forem temperados com outras substâncias substitutivas do sal. Deve ser rica em potássio e magnésio. O consumo de álcool, habitualmente diminui com a idade, sendo válidas as mesmas indicações que para os mais jovens, isto é, o consumo diário até 20g (1 a 2 copos de vinho diário, às refeições para os homens e metade para as mulheres), se não existirem doenças em outros órgãos ou se não houver dependência do álcool. Sobre o exercício físico, aconselha a manutenção de atividade física, pois além de contribuir para baixar a TA, previne outras complicações. Alerta para o facto de outros fatores limitarem a atividade física como as dores articulares. No entanto, estas representam também um motivo para mais movimento. São benéficos os exercícios que estimulam a circulação, trabalham a coordenação dos movimentos e também treinam as funções mentais e cognitivas. Os exercícios alternados de contração e descontração, são especialmente indicados para as pessoas mais idosas.

Para Wilkinson, Waring e Cockcroft (2003) e Jordán Valenzuela e cols. (2007), o tratamento farmacológico com terapêutica anti-hipertensiva é, em geral, bem tolerado pelas pessoas idosas. Contudo, a polimedicação pode reduzir a adesão aos medicamentos, nos mais idosos, pelo que recomendam o uso de combinações terapêuticas de uma toma diária. Advertem ainda para o risco da ocorrência de outros efeitos secundários nas pessoas mais idosas, como a hipotensão ortostática, tonturas e a possibilidade de quedas, pelo que a dose inicial deve ser baixa e o seu ajustamento gradual. Por outro lado, pelo facto da HTA ser uma doença silenciosa, muitos idosos podem não tomar consciência da importância do tratamento

farmacológico, tornando-se fundamental saber se os medicamentos estão a ser tomados de acordo com a prescrição médica, mesmo que apresentem valores estáveis de TA.

O grande desafio é manter o maior número de idosos com os valores da TA dentro dos parâmetros adequados. Importa rever as intervenções no controlo da HTA no idoso, no que respeita ao regime terapêutico, dando prioridade aos estilos de vida e aquisição de hábitos saudáveis, visando a modificação de alguns fatores de risco. Para alcançar tais metas terapêuticas, uma abordagem integradora e multidisciplinar é congruente com a consecução de objetivos múltiplos que exigem diferentes intervenções para alcançar os melhores resultados. Como referem Jordán Valenzuela e cols. (2007), uma intervenção efetiva para aquisição ou melhoria de hábitos de vida saudáveis, favorecerá um incremento dos níveis de saúde, não só da pessoa com HTA, mas também dos familiares e do seu ambiente envolvente.

2.1.2. Programas preventivos da HTA

Os problemas de saúde ligados à HTA são crónicos e, na maioria dos idosos, as intervenções de readaptação e de prevenção das complicações, revelam-se indispensáveis.

Os programas de prevenção e intervenção na HTA, suscetíveis de atrasar a deterioração física e as alterações que daí decorrem, são desejáveis, abrindo caminho a uma abordagem muito mais integradora que tem por finalidade permitir ao idoso manter o mais alto nível de saúde e bem-estar.

De um modo geral, os programas de prevenção da HTA, de modo particular com os idosos, desenvolvem-se em cinco dimensões essenciais (Elliopoulos, 2005):

1. Responsabilidade pessoal – Este aspeto implica que os idosos tomem a seu cargo a sua saúde e bem-estar. São responsáveis pelo seu estado de saúde e pelas medidas necessárias para a manter. Entre essas medidas, a vigilância periódica do estado de saúde e a atenção às mensagens corporais, são importantes. A diminuição do stresse físico e emocional são medidas a considerar. Conhecimentos sobre a saúde e sobre os diferentes aspetos e maneiras de se manterem autónomos, não abdicando perante vulnerabilidades e perda de capacidade funcional, são igualmente significativos. Procurar os meios possíveis para manter a saúde, incutindo a melhoria de hábitos de vida e sobrevivência para melhorar a qualidade de vida.

2. *Atividade física* – A atividade física é um aspeto essencial na manutenção da saúde dos idosos. Não existe doença crónica ou outra razão que impeça a elaboração de um programa de exercício físico moderado e regular, prevenindo o envelhecimento prematuro e atuando sobre as causas que predispõem às doenças degenerativas. Para as pessoas que se podem deslocar, exercícios de aeróbica como a marcha, a dança, a natação ou exercícios similares, são recomendáveis. Para as pessoas que não se conseguem mobilizar, recomenda-se os exercícios de flexibilidade e relaxamento. O exercício físico deveria fazer parte integrante do modo de vida do idoso, porque o sedentarismo é muito nocivo e representa um risco para a saúde. O exercício físico regular permite ao idoso desenvolver uma atitude positiva e dinâmica quanto à saúde e bem-estar, melhorar a aparência, a vitalidade, ganhar flexibilidade, vigor e resistência. O exercício físico permite ainda aumentar as trocas gasosas e as reservas de oxigénio, diminuir o stress, a rigidez e a fraqueza muscular e melhora a função cardíaca e circulatória. Além disso, pode ainda baixar a percentagem de gordura corporal.

É cada vez mais importante reconhecer a necessidade de integrar o exercício físico na vida diária das pessoas idosas. Encontramos com frequência nas pessoas sedentárias, excesso de peso e obesidade, dores lombares, propensão para a doença coronária, muitas vezes EAM e outras afeções cardiovasculares que podem evoluir insidiosamente, assim como tendência para as doenças psicossomáticas.

3. *Nutrição adequada* – Poucos são os idosos que beneficiam de um regime alimentar adequado e as suas necessidades nutricionais raramente são satisfeitas. A maior parte dos estudos revela que os idosos consomem calorias em excesso e alimentam-se mal devido a dietas desequilibradas, a falta de conhecimentos sobre as necessidades alimentares e maus hábitos. Outros fatores como a pobreza, a falta de interesse e motivação, os problemas económicos, o isolamento social, a perda de apetite, vêm agravar estes problemas. As necessidades calóricas nos idosos baixam cerca de um terço (1200 a 1400 kcal.), embora as necessidades nutritivas sejam as mesmas. Uma alimentação equilibrada preserva a saúde, previne a doença, ajuda a tratar a HTA e previne certos problemas crónicos como a obstipação e a obesidade. Ajudar os idosos a informar-se sobre bons hábitos alimentares e a fazer escolhas para manterem um regime alimentar adequado às suas necessidades, torna-se uma medida fundamental em todos os programas preventivos.

4. *Adaptação ao stresse* – Os idosos necessitam ter atitudes positivas face à sua saúde física e mental. Embora muitas vezes os principais problemas psicológicos que se encontram na velhice, estejam ligados a acontecimentos que provocam solidão, baixa autoestima, sentimentos de inutilidade, também acontece o idoso gerar a sua própria situação de stresse. Sabemos da relação que existe entre stresse, estado de saúde e doença. Irritabilidade, insónia, fadiga, são manifestações de stresse. É necessário ensinar os idosos a reagir ao stresse, utilizando a sua energia e capacidade de adaptação para manter o seu equilíbrio. Relaxamento, meditação, resolução de problemas e exercício físico são necessários para lidar com as situações de stresse.

5. *Organização do ambiente* – Muitas vezes, fica esquecido o ambiente nos programas de prevenção. Mas ele tem também um papel importante na saúde. Os idosos necessitam recorrer a todos os meios à sua disposição para controlar o ambiente físico, psicológico e social. Nem sempre é possível modificar fatores ambientais, mas há intervenções que podem ajudar os idosos a conservar a sua energia, preservar o seu espaço pessoal e integrar-se no seu meio. Os amigos, a integração numa rede de apoio social, a socialização e a tomada de decisão, são iniciativas válidas para controlar o ambiente e manter um bom estado de saúde.

Programas específicos preventivos da HTA têm sido desenvolvidos por várias associações e grupos de profissionais da saúde de vários países, no sentido de controlar a incidência desta doença crónica bem como prevenir complicações daí resultantes. Será explanada a experiência do Canadá pois, dada a magnitude deste problema de saúde pública, este país tem desenvolvido programas de prevenção que, aliados à investigação, têm contribuído para o seu controlo. Desde 1994 que o CHEP (*Canadian Hypertension Education Program*) tem sido implementado e desenvolvido. Resultados deste programa, em 2003, revelaram um aumento significativo (de 12,37% para 18,74%) e a prescrição de medicamentos anti-hipertensivos também aumentou (de 9,57% para 15,86%), reduzindo a percentagem de pessoas diagnosticadas com HTA mas sem tratamento anti-hipertensivo (Onysko et al., 2006). Em 2007, 5,7 milhões de canadenses estavam diagnosticados com HTA e mais de 5 milhões estavam medicados com anti-hipertensivos (Campbell & Kwong, 2010). A TA aumenta com a idade, estimando-se que cerca de 50% de canadianos com mais de 60 anos tem hipertensão. Dos adultos com idades ente 55 e 65 anos com TA normal, 9 em cada 10 desenvolverão HTA, pelo que o programa educativo desenvolvido para apoiar os profissionais de saúde e os utentes com HTA, no Canadá, recomenda a vigilância da TA pelo menos uma vez por ano.

Desde então, este programa preventivo é revisto e atualizado anualmente. São várias as informações disponíveis na *world wide web* para os profissionais de saúde e utentes com HTA. Neste programa, para além das recomendações às prescrições dos medicamentos anti-hipertensivos e à associação entre os fármacos, é dada uma relevância particular à redução do sal na prevenção e tratamento da HTA, devido à associação entre sal e TA e à evidência científica dos efeitos benéficos da redução do sal sobre a TA (Campbell, 2008). Recomenda também que todos os fatores de risco cardiovascular devem ser avaliados e monitorizados (tabaco, obesidade abdominal, dislipidemia, dieta, inatividade física) em todas as pessoas. Um estilo de vida que integre uma alimentação saudável, a prática regular de atividade física, o baixo consumo de álcool e sal e a redução do stresse, diminui o risco cardiovascular e reduz a TA.

O tratamento deverá assegurar valores de TA <140/90 mmHg na população em geral ou 130/80 mmHg em pessoas diabéticas ou com doença renal crónica. Ao conseguir a redução dos valores da TA, as complicações cardiovasculares reduzem e o acompanhamento de follow-up de dois em dois meses é recomendado para os utentes com valores de TA superiores aos valores estabelecidos (Khan et al., 2006).

Em complementaridade, a “Hipertensão Canadá”, organização constituída por várias associações canadenses relacionadas com a HTA, entende que os cidadãos realizam poucas mudanças nos seus estilos de vida, mesmo depois de ser diagnosticada HTA, pois as comunidades estão de tal maneira estruturadas que se torna difícil a orientação para a promoção de comportamentos saudáveis. A redução de sal na alimentação é um dos objetivos prioritários de saúde no Canadá. O grupo de trabalho *The Health Canada Working Group on Dietary Sodium Reduction* está a desenvolver atividades para reduzir o sal nos alimentos, educar a população para os riscos da elevada quantidade de sal na dieta e acompanhar a investigação sobre a redução de sal nos alimentos, bem como a sua divulgação.

Vários estudos têm sido desenvolvidos tomando por objeto os fatores de risco, dentre os quais salientamos: um estudo realizado com 366 559 jovens e adultos com perfil de baixo risco de doença cardiovascular (níveis de CT <200 mg/dl, TA \leq 120/80 mmHg e não fumadores) revelou 72% a 85% de diminuição da mortalidade por doença cardiovascular e 40% a 58% de diminuição da mortalidade por todas as outras causas comparados com as pessoas que apresentaram um ou mais de três fatores de risco cardiovascular modificáveis (Whelton et al., 2002); um outro estudo relativo à redução do peso corporal, realizado com 181 pessoas

normotensas que participaram numa atividade preventiva da HTA, durante 18 meses, revelou uma redução do IMC e também diminuição da TA sistólica e da TA diastólica, de 5,8 e 3,2 mmHg, respetivamente. Sete anos depois de follow-up, a incidência da HTA foi de 18,9% no grupo que reduziu de peso corporal e 40,5% no grupo de controlo. Estes resultados sugerem que as intervenções para a redução de peso produziram benefícios que persistiram mesmo depois de terminada a intervenção (Whelton et al., 2002).

Estudos de meta-análise demonstram também a eficácia da redução de sódio na alimentação sobre a HTA. Num estudo randomizado, referido por Whelton e cols. (2002), com idosos que tinham a TA controlada com anti-hipertensivos e uma redução moderada de sal na dieta, resultou numa descida de 4,3 mmHg na TA sistólica. Aqueles que para além da redução de sal, também reduziram o peso corporal, os valores da TA sistólica desceram 5,5 mmHg. A necessidade de terapêutica anti-hipertensiva durante 18 meses de follow-up, foi reduzida em 31% e 53% para os grupos de idosos que reduziram o sal na dieta e para aqueles que reduziram o peso corporal. Embora não sendo um estudo diretamente relevante para a prevenção da TA, os resultados evidenciam a influência da redução de peso corporal e do sal na dieta, na HTA, mesmo nas pessoas já com tratamento farmacológico instituído. O elevado teor de sódio na dieta é considerado nos EUA, como sendo o sétimo fator de risco de mortalidade (Campbell & Kwong, 2010).

O aumento da atividade física também tem sido alvo da investigação sobre a HTA. Uma meta-análise que incluiu 1108 pessoas normotensas de 27 estudos randomizados, identificou uma descida de 4,04 mmHg de TA sistólica, naqueles que praticavam exercício aeróbico, comparado com o grupo de controlo.

Acerca da relação entre consumo de álcool e HTA, um estudo de meta-análise que integrou 15 estudos randomizados, revelou que um decréscimo de consumo de álcool (uma redução média de 76%), levou a uma redução de 3,56 mmHg de TA sistólica e 1,80 mmHg na TA diastólica (Whelton et al., 2002), recomendando que o consumo de etanol deve ser limitado a 30 ml por dia.

Investigações clínicas e estudos de meta-análise indicam que o suplemento de potássio na dieta reduz a TA em pessoas hipertensas e normotensas. Um estudo com 1049 participantes normotensos evidenciou que o suplemento de potássio reduziu a TA sistólica em 1,8 mmHg e

a TA diastólica em 1,0 mmHg. Os efeitos são ainda mais evidentes em pessoas com consumo mais elevado de sódio na dieta (Whelton et al., 2002).

Modificações na alimentação, suportadas pelas investigações DASH e DASH-SODIUM, introduziram alterações na dieta para reduzir os valores da TA. Durante oito semanas, os participantes com uma TA sistólica inferior a 160 mmHg e TA diastólica entre 80 e 95 mmHg, foram introduzidos num dos seguintes grupos de dieta: *i*) uma dieta controlada pobre em fruta, vegetais e derivados lácteos, com componentes de gordura típica da dieta americana; *ii*) uma dieta similar rica em frutas e vegetais; *iii*) uma dieta DASH rica em fruta, vegetais e produtos lácteos magros e pobre em gorduras. Entre 326 participantes normotensos (TA <140/90 mmHg), a dieta DHAS reduziu a TA sistólica em 3,5 mmHg. No estudo DASH-SODIUM, os participantes normotensos da dieta DHAS e com nível baixo de sódio na urina (67 mmol/d) reduziram a sua TA sistólica em 7,1 mmHg, em comparação com os outros participantes, com nível de sódio elevado (141 mmol/d). Foi também verificado uma redução significativa na TA diastólica.

Menos evidentes são os resultados relativos a suplementos de cálcio na dieta e ácidos gordos polinsaturados (ómega-3 e 6). No entanto, é prudente a integração de cálcio na dieta (1000 – 1200 mg/d no adulto) pois, embora modesta a redução da TA com os óleos de peixe, é recomendada a sua integração, podendo reduzir o risco de doença coronária e AVC (Whelton et al., 2002).

As recomendações deste programa (NHBPEP) incluem, assim: *i*) a manutenção ou redução do peso corporal (IMC, 18,5 – 24,9 Kg/m²); *ii*) a redução de sódio na dieta diária para 100 mmol/d (aproximadamente 5g de cloreto de sódio ou 2,4g de sódio por dia); *iii*) a prática de atividade física aeróbica, como caminhar, pelo menos 30 minutos por dia, na maioria dos dias semanais; *iv*) limitar o consumo de álcool (300 ml de vinho ou 720 ml de cerveja para os homens e metade desta quantidade para as mulheres e para as pessoas de baixo peso); *v*) adequada ingestão de potássio na dieta (3500 mg por dia); *vi*) e ainda privilegiar uma alimentação rica em frutas e vegetais com redução de alimentos ricos em gorduras saturadas (Mahan & Escott-Stump, 2005).

Também, na Europa, o Programa EUROACTION (Wood et al., 2008), uma iniciativa da Sociedade Europeia de Cardiologia e da Organização Mundial de Saúde na Europa, no âmbito da prevenção das doenças cardiovasculares, envolvendo oito países (Dinamarca, Itália,

Holanda, Polónia, Espanha, Suécia, França e Reino Unido), deu ênfase às mudanças dos estilos de vida nos doentes assintomáticos com fatores de risco e doentes coronários: dieta saudável, cessação tabágica, controlo de peso corporal e atividade física, com resultados significativos em relação aos grupos de controlo. Estes foram considerados os melhores resultados do maior projeto de prevenção cardiológica na Europa e permitiram o desenvolvimento de guidelines que foram apresentadas no Congresso Mundial de Cardiologia em Barcelona, em 2006, sustentando a prevenção da HTA e das doenças cardiovasculares com base em evidência científica. Segundo os autores, este programa de prevenção, que utilizou uma intervenção multidisciplinar, coordenada por um enfermeiro, foi baseada na abordagem familiar (em alternativa à individual), havendo a salientar que a possibilidade de inclusão do cônjuge contribuiu para a melhoria do estilo de vida e redução do risco cardiovascular.

De acordo com os autores deste trabalho (Wood et al., 2008), é urgente e necessário dar assistência aos profissionais de saúde no sentido de ajudarem os doentes a introduzir as mudanças de comportamento no seu quotidiano e a mantê-las de forma consistente.

Em Portugal, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares da DGS (2006b), pretende ser um documento orientador para os profissionais de saúde, enfatizando a educação para a saúde e a educação terapêutica, através de uma abordagem integradora, de modo a que as pessoas sejam, cada vez mais, capazes de gerir a sua própria saúde, de um modo mais informado e/ou sejam capazes de gerir o seu processo de doença, de uma forma mais autónoma. Elegendo como seu interlocutor científico, a Sociedade Portuguesa de Cardiologia, este programa articula-se sobre cinco pólos fundamentais:

1. Melhorar a vigilância epidemiológica dos fatores de risco e das patologias cardiovasculares;
2. Promover a prevenção cardiovascular, atuando especificamente sobre cada um dos fatores de risco;
3. Encorajar o cidadão a ser responsável pela sua própria saúde;
4. Melhorar a organização da prestação de cuidados;
5. Promover o respeito por boas práticas clínicas e terapêuticas.

No âmbito deste programa, consideram-se fatores de risco a combater: TA elevada; dislipidemia; tabagismo; alimentação inadequada; sedentarismo; diabetes mellitus e stresse. Enfatiza ainda, este documento, a importância do diagnóstico e controlo da HTA, assumindo, em Portugal, particular relevância, uma vez que a doença cerebrovascular é a primeira causa de incapacidade e morte no nosso país e o seu controlo visa evitar a progressão da doença e as suas repercussões nos órgãos alvo, bem como obter a diminuição da morbilidade e mortalidade cardiovascular.

Vários obstáculos impedem que melhores resultados sejam alcançados na prevenção da HTA. Para Whelton e cols. (2002), é prestada insuficiente atenção à educação para a saúde, incluindo educação nutricional, pelos profissionais de saúde e sistemas de ensino. Hábitos culturais, não investimento económico na promoção de estilos de vida saudáveis, preços mais elevados dos produtos com baixo teor de sódio, são alguns obstáculos referidos. Reconhecem que a redução do sal, adicionado no prato ou na confeção dos alimentos é desejável mas ao mesmo tempo difícil, dado o impacto que o sal tem na dieta da maioria das pessoas. No entanto defendem que, apesar de reconhecerem dificuldades na implementação das recomendações propostas pelos programas enunciados, os potenciais benefícios para a saúde das populações, incluindo das pessoas idosas, tornam necessário o investimento nas medidas de prevenção da HTA.

3. CUIDAR DE IDOSOS - UMA PERSPETIVA INTEGRADORA

Cuidar de pessoas idosas é cuidar da vida e esta inscreve-se na história da enfermagem, pois é preciso cuidar da vida para que ela possa permanecer (Collière, 1989). Apesar da enfermagem remontar ao início da vida, os primeiros documentos escritos sobre os cuidados de enfermagem aos idosos datam de 1909 e, desde então, a atenção que os enfermeiros prestam a este grupo etário não deixou de aumentar (Martins, 2005).

O número elevado de idosos, fenómeno sem precedentes, conseguiu unificar a opinião internacional e solicitar a atenção dos investigadores do mundo inteiro. Os progressos científicos e tecnológicos dos últimos anos contribuíram para o aumento do número de pessoas idosas e mesmo muito idosas. Ao longo da história da humanidade assistiu-se a modificações importantes do estatuto dos idosos e da forma de encarar o envelhecimento. Também no domínio dos cuidados de enfermagem, cada vez mais as pessoas idosas

necessitam destes cuidados (Berger, 1995c), para a vivência dos processos de transição que ocorrem ao longo do ciclo vital. Hoje, a abordagem ao idoso visa a manutenção da sua autonomia e a melhor qualidade de vida possível.

Os enfermeiros prestam cuidados às pessoas idosas, identificando as suas necessidades nas várias dimensões humanas: biológica, psicológica, sociológica, cultural e espiritual. Ao mesmo tempo que enfatizam a prevenção, o tratamento e a reabilitação das doenças, dão igual importância aos cuidados ao idoso relativamente à promoção da sua funcionalidade física, psicológica e social. São relevantes os cuidados e a atenção dirigidos ao conforto e bem-estar, respeitando a sua dignidade até ao final da vida. A finalidade última dos cuidados é a saúde, concebida como bem-estar, na perspetiva da pessoa cuidada, como desenvolvimento humano e capacidade de decisão sobre as suas AVDs (Basto, 2007).

Em 1973, a *American Nursing Association* estabeleceu normas aplicáveis aos cuidados de enfermagem em gerontologia (Martins, 2005), reavaliadas em 1976 e baseadas em fatores essenciais que precisam ser tomados em consideração na prestação de cuidados de enfermagem aos idosos, nomeadamente: *i)* as múltiplas facetas do processo de envelhecimento; *ii)* os ritmos pessoais do envelhecimento; *iii)* as numerosas perdas associadas ao envelhecimento; *iv)* o trabalho de luto necessário para aceitar as perdas; *v)* as relações entre os fatores biológicos, sociais, psicológicos e económicos; *vi)* a resposta do idoso à doença e ao tratamento; *vii)* os efeitos cumulativos das doenças crónicas e/ou dos processos de degenerescência; *viii)* os valores sociais associados ao envelhecimento assim como às atitudes sociais.

Ajudar os idosos ou prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas nem sempre é tarefa fácil. Como refere Berger (1995c), todos nós já experienciamos a infância, a juventude, a doença, a dor, mas não vivemos nem conhecemos a velhice. Por isso, é difícil compreender toda a complexidade da vivência dos idosos e considerar a velhice como um período de crescimento e de evolução. É importante refletir sobre os meios de ajuda aos idosos para que eles possam atingir e manter o melhor estado possível de saúde e de bem-estar. Os cuidados às pessoas idosas apoiam-se em conhecimento científico e em práticas específicas e realizam-se em contextos de colaboração e de respeito pelos idosos, suas famílias e todos os elementos intervenientes. Importa desenvolver formas inovadoras e flexíveis para responder às reais necessidades de saúde das pessoas idosas, não esquecendo a sua heterogeneidade (Martins, 2005; Moniz, 2003).

Para Berger (1995c), os cuidados de enfermagem às pessoas idosas apoiam-se na mesma filosofia dos cuidados de longa duração. Entre estes princípios encontram-se a continuidade, uma abordagem global e integradora dos cuidados, a avaliação global do estado de saúde, a participação do idoso e dos seus familiares e uma qualidade de cuidados a todos os níveis de intervenção. A coordenação e a continuidade dos cuidados são essenciais à manutenção e à melhoria da qualidade de vida e à mudança positiva do modo de vida dos idosos.

A Ordem dos Enfermeiros de Québec publicou, em 1976, um documento onde definia os cuidados de enfermagem de longa duração, que visavam a utilização máxima dos recursos individuais e ajuda profissional para manter a autonomia, o empenhamento social, a autoestima, a individualidade, a valorização e a integridade dos clientes idosos. Berger (1995c,) acrescenta que os objetivos dos cuidados de enfermagem de longa duração visam:

...proteger e promover a saúde; prevenir as complicações de estados patológicos; responder às necessidades de saúde identificadas, percebidas e expressas; facilitar a manutenção da identidade e da autonomia da pessoa idosa; prevenir a desinserção social; prevenir a deterioração da personalidade; assistir a pessoa idosa para que possa funcionar ao mais alto nível, tanto do ponto de vista físico como psicológico e social; reduzir a inatividade intelectual, física e social; dar à pessoa idosa a possibilidade de se responsabilizar na medida das suas possibilidades; ajudar a pessoa idosa a desenvolver novas capacidades; estimular a participação nas atividades do meio; criar um meio que facilite a participação na vida da coletividade; desenvolver a investigação em cuidados de enfermagem de longa duração, a fim de promover a evolução de programas de intervenção. (p.3)

No exercício da sua atividade profissional, os enfermeiros identificam as necessidades de saúde e elaboram diagnósticos numa perspetiva particular, aos diferentes níveis de prevenção. Planeiam e prestam cuidados de enfermagem aos idosos, através do controlo, monitorização e avaliação dos resultados dos cuidados, reavaliam o plano de ação, equacionando novas necessidades. Trata-se do processo de enfermagem, uma metodologia que está sobejamente demonstrada, pois o seu emprego em qualquer área implica uma garantia científica, profissional e de qualidade que beneficia o cidadão, sem esquecer o profissional e a instituição que o desenvolve (Rojas Jiménez & De la Cruz Fernández, 2007). Para estes autores, este processo é sustentado por um modelo assistencial definido, já que o modelo nos diz como devem ser os cuidados de enfermagem e o processo descreve como devem organizar-se. O papel do enfermeiro em cuidados gerontológicos e geriátricos é complexo, insere-se numa perspetiva alargada e integradora, visando pessoas idosas em constante relação com o meio ambiente, respeitando o direito a uma qualidade de vida, assim como o seu desenvolvimento pessoal.

Os cuidados de enfermagem apoiam-se e prestam-se aos diferentes níveis de prevenção em saúde. Assim, na prevenção primordial que, em linhas gerais, tem por objetivos evitar a emergência e o estabelecimento de estilos de vida que aumentam o risco de doença, os enfermeiros intervêm na promoção da saúde e do bem-estar. Procura-se a diminuição da ocorrência das doenças, através da elaboração e aplicação de políticas e programas de promoção de “determinantes positivos de saúde” na população em geral e em grupos selecionados, como por exemplo, em programas dirigidos à saúde.

Na prevenção primária, que visa evitar ou remover fatores de risco ou causas antes que se desenvolva o mecanismo patológico, espera-se a diminuição da incidência da doença pelo controlo de fatores de risco ou causas associadas, como são, por exemplo, as intervenções de imunização de grupos de risco. Na prevenção secundária, os enfermeiros contribuem também para a deteção precoce de problemas de saúde, através de aplicação de medidas apropriadas, com vista ao rápido restabelecimento da saúde ou à redução das consequências mais importantes da doença, como por exemplo, no rastreio e vigilância da TA. Na prevenção terciária, colaboram para limitar a progressão das doenças crónicas já instaladas, evitando ou diminuindo as consequências das doenças como as insuficiências, incapacidades, sequelas, sofrimento, promovendo a adaptação do doente (situações incuráveis), controlando e estabilizando a doença, com intervenções preventivas e curativas, com ações de caráter não médico e que são fundamentais para a potenciação da capacidade funcional do indivíduo e melhoria significativa da sua qualidade de vida, com diminuição de custos sociais e económicos dos estados de doença. E ainda, na prevenção quaternária, cujos objetivos visam fundamentalmente atenuar o excesso de intervencionismo médico inapropriado “hipermedicalização”, além de capacitar os utentes, enquanto consumidores de cuidados, para poderem tomar decisões autónomas (Almeida, 2005; Portal de Saúde Pública, 2008).

Os enfermeiros debruçam-se sobre os problemas do envelhecimento normal e patológico e utilizam todos os seus conhecimentos científicos com vista a potenciar a longevidade, a autonomia e capacitação do idoso e que, no âmbito dos cuidados de enfermagem em gerontologia, visam: *i)* ajudar o idoso a compreender o envelhecimento e a distinguir os aspetos normais e patológicos; *ii)* ajudar o idoso a controlar o processo de envelhecimento através de intervenções que visem a promoção da saúde, a conservação da energia e a qualidade de vida; *iii)* ajudar o idoso a controlar as doenças e incapacidades crónicas que, com frequência, acompanham o envelhecimento (Berger, 1995c). Ainda segundo esta autora,

os idosos são pessoas capazes de se adaptar, de crescer e de aprender. A velhice é a última fase do ciclo de vida, durante a qual o organismo sofre transformações sucessivas com vantagens e inconvenientes inerentes ao processo de envelhecimento. Por isso, uma abordagem integradora e dinâmica é suportada por uma conceção de velhice, como um processo dinâmico e positivo que exige a modificação de atitudes e a elaboração de ações concretas que visam especificamente a pessoa idosa.

O envelhecimento é descrito como um processo contínuo que leva à velhice e desenvolve-se de forma diferente para cada pessoa. É importante uma reflexão sobre o que é a vida, entendida como um processo de crescimento contínuo e de mudanças constantes, e o lugar do ser humano no universo. Os idosos situam-se num momento preciso do contínuo vida - morte/saúde - doença, e procuram conservar a sua autonomia, no seu meio natural, o máximo de tempo possível. Esta filosofia do envelhecimento, centrada no potencial de crescimento contínuo do ser humano, insere-se numa visão humanista, na qual os enfermeiros desempenham um papel de agentes de mudança. Os enfermeiros que trabalham com idosos devem ter uma preparação baseada nos princípios da filosofia humanista, dar provas de autenticidade na relação terapêutica que estabelecem e, ao mesmo tempo, assegurar o cumprimento e o respeito dos direitos, informar convenientemente e implicar os idosos nas intervenções de enfermagem, assumindo com os idosos a co-responsabilidade do seu bem-estar.

Cuidar de idosos representa uma tarefa complexa e dinâmica, dado que o envelhecimento, enquanto fenómeno natural, conduz ao aumento da fragilidade e da vulnerabilidade. Por isso, a natureza de qualquer agressão, ainda que mínima, pode provocar desequilíbrio irreparável, pelo que é necessário descodificar as necessidades dos idosos. Os enfermeiros que prestam cuidados aos idosos estão atentos e avaliam o equilíbrio biopsicossocial, o nível de autonomia e independência, e a prescrição das intervenções de enfermagem baseiam-se na escuta, no juízo crítico e na tomada de decisão, ajustada a cada pessoa em função das necessidades, capacidades e recursos que mobilizam para ultrapassar as crises. Os cuidados em gerontologia são preventivos, curativos, paliativos e estão ligados à cronicidade e à saúde mental e, conseqüentemente, são potenciadores da própria vida. Bower e Bevis (1979), descrevem as ações suscetíveis de responder às necessidades das pessoas idosas:

1. *Comunicação* – ligada ao estabelecimento de relações interpessoais visa a manutenção da saúde individual, familiar e comunitária;

2. *Planeamento* – ações individuais e de colaboração com vista à solução de problemas;
3. *Proteção* – esforço para a manutenção do equilíbrio homeostático através de intervenções específicas;
4. *Cura* – utilização de técnicas específicas que facilitem o restabelecimento da saúde;
5. *Conforto* – ações que visam aliviar a dor física, psicológica e social bem como manter a dignidade e o bem-estar;
6. *Ensino* – ações que visam analisar e sintetizar a informação;
7. *Reabilitação* – ações que visam minimizar as limitações e aumentar as capacidades;
8. *Coordenação* – organização de diferentes atividades relacionadas com as necessidades e a consecução de objetivos.

Os enfermeiros suportam as suas ações no respeito pelo idoso, em toda a sua unicidade e na totalidade do seu ser e são, simultaneamente, agentes de ligação com a família e com os diferentes serviços. São coordenadores, conselheiros, são profissionais de saúde que prestam cuidados segundo uma abordagem global e integradora. As intervenções de enfermagem passam por proporcionar ao idoso melhor qualidade de vida e assegurar o desenvolvimento do seu potencial humano, assumindo os enfermeiros características peculiares no seu agir: autenticidade, maturidade, paciência, tolerância, altruísmo, capacidade de adaptação, empatia, sensibilidade, compreensão pelo sentido e vivido, respeitando o idoso em toda a sua individualidade. O sentido social e comunitário, a objetividade, o espírito crítico, a criatividade e flexibilidade, permitem também aos enfermeiros ter uma visão alargada sobre o envelhecimento de modo a estabelecer relações multicausais e soluções adequadas, perspetivando melhores níveis de autonomia da população que está a envelhecer e novos modos de funcionamento e articulação dentro do sistema de saúde (DGS, 2006a).

Os idosos, como refere Costa (2002), apresentam-se como um grande grupo populacional, consumidor de cuidados de saúde, pela vulnerabilidade inerente ao processo de senescência e aos inadequados mecanismos de suporte social. A especificidade dos problemas que os caracterizam, tem dificultado o seu enquadramento nas soluções que os sistemas de saúde tendem a criar. Representam, por isso, um desafio à criatividade e à inovação na construção de soluções, inspiradas em abordagens integradoras, dignificantes e humanizadas.

Saber cuidar e intervir com idosos tem constituído uma importante área de investigação em enfermagem. O papel e as práticas dos enfermeiros (a par de medidas no âmbito das políticas de saúde) têm suscitado um debate inevitável, fazendo apelo a novos modos de agir na

população idosa. Persegue-se, assim, um duplo objetivo: dotar os enfermeiros de novos instrumentos de intervenção e avaliação que permitam no terreno o desenvolvimento das suas potencialidades e justificação como atores imprescindíveis de cuidados de saúde, e permitir às instituições de saúde retirar novos dividendos das intervenções específicas dos enfermeiros, como forma de resposta mais adequada aos problemas de saúde da população idosa. Costa (2002) clarifica que, face à complexidade do contexto atual, os esquemas clássicos de prestação de cuidados de enfermagem aos idosos não são suficientes, recomendando que só um pensamento global, integrador, abrangendo uma visão alargada que englobe as interações entre os fenómenos, permite compreender verdadeiramente o mundo que nos envolve, as necessidades dos idosos em cuidados de saúde e as intervenções de enfermagem capazes de responder eficazmente a essas necessidades ou problemas.

Concluindo, o aumento de idosos na população portuguesa exige compreender o processo de envelhecimento como um todo, assumindo a promoção, a prevenção e o tratamento uma perspetiva integradora, na qual os cuidados de enfermagem, em particular aos idosos com doenças crónicas, devem contribuir para a redução dos custos globais com o tratamento e, acima de tudo, perseguir para o desígnio de dar, não só mais anos à vida, mas fundamentalmente, acrescentar mais vida aos anos (Pádua, 2008).

3.1. A enfermagem e os processos de transição nas pessoas idosas

O contexto social de mudança que caracteriza a nossa sociedade, representa um estímulo às capacidades criadoras para a exploração de novos campos de conhecimento dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros. Como refere Costa (2003), basta pensar nas alterações dos hábitos sociais e suas repercussões na saúde das populações, no campo da genética humana, da biodiversidade ou no processo de envelhecimento. A crescente complexidade das necessidades em cuidados de enfermagem dos idosos com doenças crónicas, exige repensar as práticas e procurar integrá-las num novo paradigma de assistência e de acompanhamento a este grupo populacional.

A enfermagem toma por objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos de desenvolvimento humano, ou os eventos significativos da vida das pessoas que exigem adaptação (Meleis & Trangenstein, 1994). Estas autoras definiram a enfermagem como o processo facilitador das transições promotoras de sentimentos de saúde e

bem-estar. As transições são despoletadas por mudanças próprias do desenvolvimento humano ou por alterações no estado de saúde, ou por situações que alteram relações sociais, expectativas ou capacidades. Referem ainda que todo o processo de transição requer novo conhecimento, alteração de comportamentos e também alteração do conceito de si num contexto social.

As transições conduzem a mudanças na vida das pessoas, na saúde, nas relações e nos ambientes (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). Transição, surge como um conceito central e integrador nos cuidados de enfermagem. Mudanças no estado de saúde implicam processos de transição. Na vivência destes processos, as pessoas encontram-se mais vulneráveis, podendo influenciar negativamente a sua saúde.

Os tipos de transição que os enfermeiros encontram na sua atividade profissional, são do desenvolvimento humano, como a infância, a adolescência, a idade adulta e a velhice. São previsíveis e estão associados aos ciclos naturais da vida. São também de saúde-doença, como uma doença crónica, uma intervenção cirúrgica, um internamento. São situacionais, como a emigração e as alterações no trabalho, o matrimónio, e são ainda organizacionais, como as mudanças nas estruturas, funções e composição das organizações (Meleis et al., 2000). Estes tipos de transição podem ser experienciados em simultâneo, não sendo, por isso, únicos ou mutuamente exclusivos. Os idosos podem experienciar a transição de saúde-doença na vivência de uma doença crónica, como é a HTA, e a transição desenvolvimental relacionada com o seu próprio processo de envelhecimento, ou ainda a transição relacionada com a morte, como é o processo de luto. Assim, os modelos transicionais poderão ser singulares, múltiplos, sequenciais, simultâneos, relacionados ou não relacionados (Schumacker & Meleis, 1994).

As transições são complexas e multidimensionais e apresentam propriedades comuns, como referem as autoras. Por um lado, a consciencialização, isto é, o conhecimento que as pessoas possuem acerca da situação vivenciada, reflete o grau de congruência entre o processo de transição e as respostas verificadas. As pessoas devem obter conhecimentos acerca das transições que vivenciam e ter consciência da mudança que está a acontecer consigo. A ausência dessa consciência pode significar que a pessoa não iniciou a transição. Outra propriedade da transição é o nível de ajustamento, ou seja, o envolvimento ou o compromisso que a pessoa demonstra no processo, como é a procura de informação, a preparação ativa e atividades de mudança como modificações no ambiente ou nas suas redes sociais. O nível de consciencialização pode influenciar o nível de ajustamento e este pode não surgir se não

houver conhecimento. Mudança e diferença são propriedades essenciais na transição. Todas as transições implicam mudanças, mas nem todas as mudanças estão relacionadas com as transições. Estas são, simultaneamente, o resultado de alterações que ocorrem na vida da pessoa e resultam em mudança. Também as expectativas, face às alterações vivenciadas, variam e são individuais e as diferenças entre as expectativas e a realidade também não são iguais para todas as pessoas. Um tempo de experiência ou um tempo de vida é também uma propriedade da transição. Decorre desde a primeira indicação antecipada, percepção ou demonstração da mudança, seguindo-se um período de instabilidade mais ou menos perturbador, até um eventual fim que leva a um novo período de estabilidade e à evidência de mudança.

Na sua maioria, as transições estão associadas a acontecimentos de vida e eventos críticos, como o nascimento ou o conhecimento do diagnóstico de uma doença. Muitas vezes, estes acontecimentos estão associados à tomada de consciência de mudanças e à necessidade de ajustamentos e de novas capacidades para lidar com a experiência de transição. São períodos de vulnerabilidade, durante os quais as pessoas encontram dificuldades, incertezas e ansiedade e que devem ser perfeitamente identificados pelos enfermeiros. Saber identificar, facilitar, promover e apoiar nos momentos ou eventos críticos, é essencial para a implementação de terapêuticas de enfermagem apropriadas, baseada nas transições (Messias, 2004). Mas, para compreender a experiência de transição, é necessário perceber as condições pessoais, ambientais, comunitárias e sociais que facilitam ou dificultam os processos para uma transição saudável.

Relativamente às condições pessoais, os significados atribuídos aos acontecimentos, as crenças culturais e atitudes, o nível socioeconómico e o nível de preparação para a transição são fatores que facilitam ou dificultam a experiência de uma transição e pode ser vivenciada de um modo mais ou menos saudável. Os recursos da comunidade podem também facilitar ou inibir as transições. Os recursos podem não ser os mais adequados, podem não existir ou ser insuficientes e, desta forma, dificultarem os processos de transição. A acessibilidade a serviços de saúde e à informação, assim como a programas de educação para a saúde, poderão ser alguns exemplos. As condições sociais, como a marginalização e a desigualdade de género poderão constituir constrangimentos à vivência de uma transição saudável.

Meleis e Trangenstein (1994), acrescentam ainda que uma transição saudável é identificada através de indicadores de resposta que poderão ser processuais e de resultado. Constituem

indicadores de processo na vivência de uma transição saudável, a pessoa sentir-se envolvida e em interação com o contexto social, estar situado e o desenvolvimento de confiança e *coping*, constituindo os familiares e amigos bem como os profissionais de saúde elementos integradores e facilitadores para o processo de transição. Esta dimensão emergente da transição reforça a evidência da prática de cuidados de enfermagem com investimento contínuo na relação interpessoal, indicador chave de processo nas transições de saúde-doença e nas transições desenvolvimentais (Messias, 2004).

Estar comprometido é uma dimensão essencial, implicando a atribuição de significado e o desenvolvimento de comportamentos de resposta clarificados e explicitados na experiência de transição. Sentir-se situado, é também um indicador de resposta processual e um modo que as pessoas dispõem para analisar e encontrar sentido para as suas experiências. Contribui para explicar e justificar o que são e o que eram, isto é, uma forma das pessoas se sentirem situadas e ligadas ao seu contexto de vida.

São também indicadores processuais da experiência de transição, o desenvolvimento de confiança e *coping*, manifestados na compreensão do processo, na utilização de recursos, no desenvolvimento de estratégias de gestão de stresse (*coping*) que se apresentam progressivamente na trajetória de transição. À medida que as pessoas detêm mais conhecimentos da situação, demonstram mais compreensão de aspetos essenciais e críticos e um sentido para o saber resultante da experiência de vida.

Dois indicadores de resultado de uma transição saudável são identificados: o desenvolvimento de novas competências para lidar com, isto é, o domínio de novas capacidades (mestria) adquiridas no processo de transição e o desenvolvimento de uma identidade flexível e integradora. A conclusão saudável de uma transição é determinada pelo modo como cada pessoa demonstra a sua mestria de competências e condutas necessárias para gerir a nova situação. À medida que experienciam um novo sentido de estabilidade, os níveis de mestria concorrem para os processos de ajustamento à experiência de transição e indicam os ganhos em saúde obtidos, necessários à manutenção da qualidade de vida. A Figura 4 pretende esquematizar a teoria de médio alcance de Meleis e cols. (2000), nas suas dimensões estruturantes: a natureza das transições, as condições facilitadoras e inibidoras na experiência de transição e os padrões de resposta na transição.

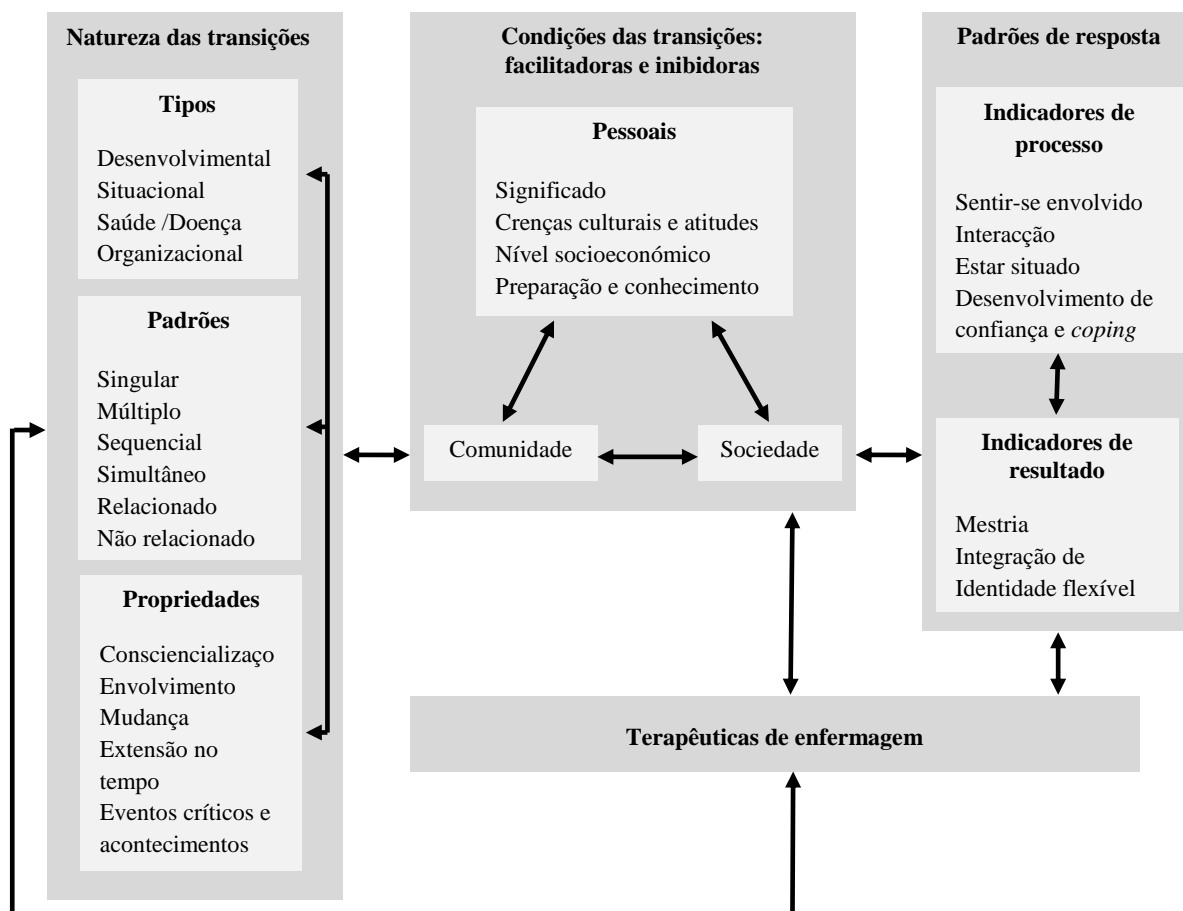


Figura 4. Transições: uma teoria de médio alcance

(Adapt. Meleis et al., 2000, p.17)

As autoras complementam esta teoria relevando ainda algumas considerações. A flexibilidade e a variabilidade do tipo de mudança ou do conhecimento que deu início ao processo de transição ou a natureza e modelo de transição, são determinantes na conclusão de uma transição. Se os resultados são avaliados cedo de mais, durante o processo de transição, poderão ser indicadores de processo, se forem avaliados tarde de mais, poderão estar relacionados com outros acontecimentos da vida. O conhecimento dá poder a quem o desenvolve, o usa e a quem beneficia dele, e a compreensão das características e das condições inerentes aos processos de transição contribuem para a formulação de intervenções de enfermagem congruentes com a vivência particular de cada pessoa e família, de modo a promover respostas saudáveis às transições. As autoras especificam (Meleis & Trangenstain, 1994), que em todas as transições existe sempre um elemento de subjetividade que advém do sentido que cada pessoa atribui à sua vida e ao modo como a vivencia. Contudo, sendo as transições universais, as experiências de transição são individuais e únicas.

Mudanças no estado de saúde geram processos de transição que tornam as pessoas mais vulneráveis ao risco, afetando ainda mais a sua saúde. Uma ampla variedade de emoções, bem como o desconforto físico, acompanham, com frequência, a vivência da transição, podendo interferir numa mudança bem-sucedida. No caso específico dos idosos na transição para um processo de doença crónica, como a HTA, surgem problemas e dificuldades, muitas vezes manifestados por agravamento e complicações da própria doença, que comprometem a sua integridade física, psicológica e social. Zagonel (1998), afirma que estes necessitam de assistência, acompanhamento e clarificação de valores pessoais e crenças sobre a doença. Este suporte pode ser facultado através de discussões sobre a doença, limitações e incapacidades, expectativas, progressão e planos de gestão para as prescrições terapêuticas. É fundamental que os idosos, ao conviverem diariamente com a doença crónica, compreendam as situações críticas e saibam adequar intervenções de autocuidado que diminuam o impacto negativo da doença sobre si próprio e a família. Tratando-se de pessoas idosas a vivenciar e experienciar processos resultantes do envelhecimento, essas dificuldades são acrescidas de aspetos igualmente significativos nas suas vidas. Kralik, Visentin e Loon (2006), salientam que as pessoas com doença crónica vêm o seu mundo de um modo diferente, como resultado do movimento que ocorre durante a transição e que implica a passagem de um ponto para outro, envolvendo adaptação e integração de novas circunstâncias nas suas vidas.

Neste contexto, os enfermeiros são os prestadores de cuidados às pessoas e famílias que vivenciam processos de transição. Atentos às mudanças e às exigências que as transições trazem à vida das pessoas, das famílias e das comunidades, preparam para a transição eminente e facilitam o processo de aprendizagem de novas competências (mestrias) relacionadas com a saúde e a experiência da doença na vida diária. Os enfermeiros desenvolvem estratégias de intervenção, procurando o equilíbrio, a harmonia e a manutenção do melhor estado de saúde dos idosos que vivenciam processos de transição. Para Meleis e Trangenstein (1994), os enfermeiros interagem com a pessoa que é parte integrante do seu contexto sócio-cultural, que vive uma transição ou a antecipação da transição, recorrendo a intervenções específicas do saber em enfermagem (terapêuticas de enfermagem) para promover, recuperar ou facilitar a saúde.

Ao realizarem os cuidados de enfermagem fundamentados nos processos de transição, os enfermeiros contribuem para aumentar as possibilidades de ajuda, não se centrando apenas na cura, mas apoiando a sua intervenção no conceito de cuidado transaccional proposto por

Zagonel (1999), “o cuidado transicional humano traz respostas à valorização do Ser como sujeito da acção do cuidado (...) está ligado a cada estágio do desenvolvimento humano, favorece a maturidade, o crescimento em busca de maior equilíbrio e estabilidade” (p.30). Uma transição saudável permite o crescimento pessoal, um movimento para um nível cada vez maior de organização, atuação e capacidades individuais, e os cuidados de enfermagem contribuem para o acompanhamento do idoso no seu processo de vida, na sua evolução e no seu desenvolvimento. Intervir a este nível, significa ganhos importantes em saúde que não se resumem em mais anos de vida, mas em mais qualidade de vida. Compreender os processos de transição capacita os enfermeiros para uma prestação mais holística e mais humana dos cuidados que a Figura 5 procura esquematizar.

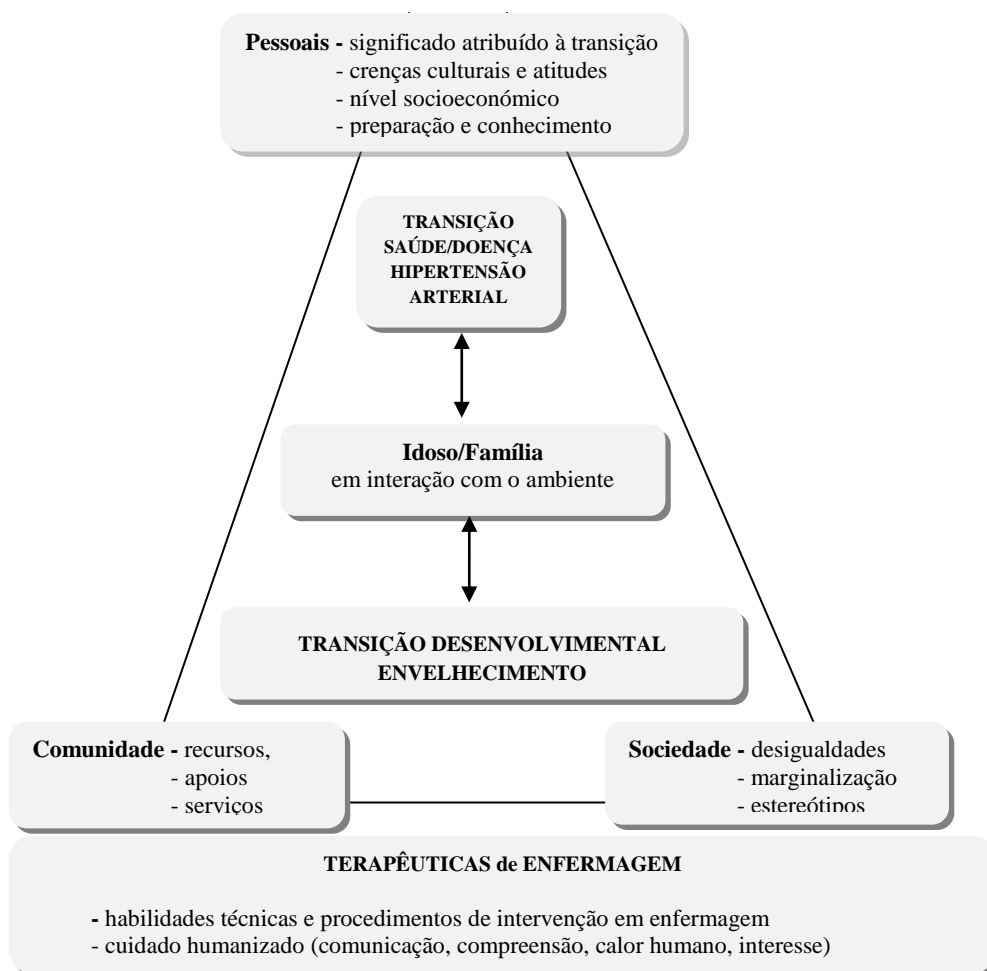


Figura 5. Condições para a vivência das transições e terapêuticas de enfermagem

(Adapt. Meleis et al., 2000, p.17)

3.1.1. Cuidados de enfermagem ao idoso hipertenso

Sendo o envelhecimento um processo natural, comum a todos os seres vivos, influenciado pelo contexto social e cultural, no qual intervêm várias componentes que fazem com que seja vivido de forma variável por cada pessoa, é acompanhado frequentemente por problemas de saúde que levam ao aumento da procura dos serviços de saúde e dos serviços sociais. Os enfermeiros prestam cada vez mais cuidados a pessoas de idade avançada que apresentam doenças crónicas limitativas e incapacitantes, geradoras de ansiedade e constituintes de fonte de dificuldade para os idosos e suas famílias.

A HTA é, ao mesmo tempo, uma doença crónica e um fator de risco major modificável das doenças cardiovasculares, principal causa de morte no mundo, como o EAM, a insuficiência cardíaca congestiva e o AVC. Também designada de doença assassina silenciosa, por não causar sintomas durante anos, a HTA pode afetar órgãos-alvo e aumentar a morbidade e mortalidade de uma forma mais acentuada nas pessoas idosas. Por não apresentar cura, exige tratamento adequado para toda a vida, a fim de se obter o controlo da TA, a redução de complicações cardiovasculares e a melhor qualidade de vida possível do idoso e família.

Os enfermeiros avaliam as necessidades de saúde do idoso e família, com vista à facilitação das transições vivenciadas e à melhor adaptação no processo saúde-doença. Necessidades na adequação do regime alimentar, redução do consumo de sal, moderação no consumo de álcool, realização de exercício físico moderado, controlo do peso corporal, abstenção do tabagismo, são focos de atenção sobre a saúde fisiológica dos idosos que os enfermeiros atendem com vista à obtenção dos melhores níveis de saúde e controlo da TA.

Promover a saúde psicossocial é também um aspeto importante dos cuidados de enfermagem aos idosos hipertensos, nomeadamente o controlo do stresse, a autoestima, a sexualidade e a satisfação de necessidades espirituais. Ao promover a saúde psicossocial, os enfermeiros ajudam os idosos a compreender a influência das variáveis psicossociais na HTA e a identificar habilidades e estratégias para lidar com as mesmas (Roach, 2009).

No que respeita ao tratamento farmacológico e de acordo com os medicamentos prescritos, em conformidade com a gravidade da situação clínica apresentada pelo idoso, a informação acerca da posologia, horários, efeitos desejados e secundários, é uma das dimensões da intervenção dos enfermeiros no acompanhamento destes utentes, procurando adequar e

otimizar estratégias que facilitem o cumprimento do tratamento farmacológico prescrito. Mas, apesar da disponibilidade de tratamento efetivo, o controlo da HTA está longe de ser considerado ideal. A WHO (2003), alerta para a problemática da adesão ao regime terapêutico nas situações crónicas, definindo-a como o grau em que o comportamento de uma pessoa, para tomar um medicamento, seguir uma dieta e mudar o estilo de vida, corresponde às recomendações do profissional de saúde, não descurando os fatores pessoais, sociais, económicos, a própria doença, o regime terapêutico prescrito e os profissionais de saúde que influenciam a adesão aos tratamentos.

Para além das necessidades resultantes da HTA, a verdade é que as pessoas idosas manifestam numerosas necessidades resultantes da perda progressiva das capacidades de adaptação, sendo elas físicas, sensoriais, cognitivas e afetivas. Costa (1998), refere-se à deterioração da autoimagem, papel social, perda de autonomia e diminuição dos contactos sociais, relacionados com o isolamento que muitas vezes os idosos vivenciam. Sousa, Galante e Figueiredo (2003), concluíram no seu estudo que existe uma baixa capacidade de autonomia dos idosos, provocada não só pela sua crescente incapacidade física e/ou psíquica, mas também devido às suas precárias condições socioeconómicas. Outros estudos expressam que os idosos desejariam ter mais saúde, mais dinheiro, ser mais jovem, ter mais afeto/companhia e ter uma habitação com melhores condições de salubridade (Cardoso, 2000), necessidade de convívio. Paúl (1997), acrescenta que a solidão que os idosos experimentam é condição potenciadora de níveis de stresse, com consequências negativas para a saúde física e psíquica. Assim, as necessidades não advêm somente das alterações provocadas pela doença, mas também dos processos intrínsecos ao envelhecimento, da falta de apoio dos familiares e da própria sociedade e do escasso acesso à satisfação de necessidades de ordem cultural e educacional, devido a vários determinantes, como o analfabetismo e o baixo poder económico dos idosos.

As expectativas das pessoas idosas podem ser baixas, mas ao constituírem-se um parceiro informado na determinação das suas próprias necessidades de saúde, envolvem-se nos seus próprios cuidados e aumentam a sua confiança e autoestima. Fundamental será assegurar as necessidades das pessoas idosas e o seu comprometimento com a forma como a saúde pode ser melhorada e mantida, conservando a independência e autonomia. Através da informação/educação, da comunicação e do apoio, podemos envolver os idosos nas tomadas de decisão. Trata-se de conjugar a partilha educacional como fazer algo “com”, em vez de

fazer algo “para” as pessoas idosas, no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de saúde e de ter uma compreensão muito mais profunda dos seus problemas. Assim, os cuidados de enfermagem terão de basear-se no estímulo da auto-responsabilização, numa nutrição adequada, numa atividade física adequada, na utilização de estratégias de adaptação às perdas e no apoio à organização do ambiente, isto é, nas dimensões que são determinantes de saúde.

Entendido o envelhecimento como um processo de transição e sabendo que as pessoas idosas são um grupo heterogéneo, ter uma abordagem individual permite uma resposta mais adequada para trabalhar com elas e facilitar os processos de mudança de comportamentos. É neste enquadramento que a relação terapêutica assume relevância enquanto processo interpessoal que visa facilitar ao idoso, que atravessa uma etapa ou que sofre uma modificação na sua forma de estar a nível biológico, psicológico ou social, a integração máxima da sua experiência como pessoa. Segundo Travelbee (1978), a relação terapêutica representa uma experiência ou uma série de experiências de aprendizagem entre a enfermeira e o cliente, com vista a satisfazer as necessidades deste último, constituindo principais objetivos: *i)* aumentar a autoestima e o sentimento de segurança, desenvolvendo atitudes positivas face às suas capacidades; *ii)* diminuir a sua ansiedade; *iii)* ajudar a viver experiências positivas e gratificantes; *iv)* potenciar as suas capacidades de comunicação e de relação com os outros; *v)* assegurar a continuidade do desenvolvimento pessoal; *vi)* (co)construir um sentido para a sua vida; *vii)* manter um ambiente estimulante no plano biológico, mental, emocional e social; *viii)* assegurar a informação necessária que permita a prestação de cuidados personalizados.

Ajudar o idoso a viver melhor e a facilitar a plenitude da sua liberdade e autonomia, constitui a base de cuidados de enfermagem eficazes (Squire, 2005). Para esta autora, numa relação terapêutica com os idosos é necessário que os enfermeiros:

1. Estabeleçam objetivos realistas que, respeitando a evolução e idade do idoso, minimizem os sentimentos de fracasso e desilusão, demonstrando humildade. Devem conhecer-se, avaliar os seus pontos fortes, as suas limitações, as suas emoções e estar conscientes do que vivem na relação com o idoso. Ser capaz de demonstrar afeto é um comportamento primordial;

2. Avaliem as perdas sensoriais, reconhecendo os problemas de comunicação e adaptem estratégias de modo a ultrapassar dificuldades relacionadas com perdas de visão, de audição, do tato ou da fala. É essencial um bom conhecimento do idoso, dos seus hábitos e do seu meio;
3. Prestem atenção particular aos problemas físicos atendendo a que estes, muitas vezes, ocultam problemas mais graves, como a ansiedade, a solidão e a diminuição da autoestima;
4. Observem o comportamento não verbal através de uma avaliação minuciosa, como o silêncio, o choro, o timbre da voz, os tremores, os sinais de fadiga, entre outros. É importante detetar e compreender o que não foi dito, através de uma observação atenta. No idoso, o desenvolvimento do pensamento lógico é muitas vezes lento e as distorções são frequentes. É essencial avaliar certos elementos como o sentido de orientação, as suas reações e o seu juízo crítico;
5. Facilitem a retroação (*feedback*) e uma comunicação de qualidade elevada. Com a ausência de *feedback*, a alienação, a solidão e a privação sensorial desenvolvem-se. O *feedback* pode transformar-se em recompensa e sinais de reconhecimento ou outras respostas semelhantes. Muitas vezes, a mensagem do idoso é claramente formulada mas, outras vezes, é mascarada e indireta pelo que é necessário o desenvolvimento e técnicas de comunicação eficazes;
6. Tenham em conta dimensões específicas de tempo e de duração, pois todos os pretextos de encontro devem servir para se estabelecer uma relação de ajuda com o idoso;
7. Demonstrem calor humano e facilitem a proximidade física. Um esforço de aproximação, demonstração de afeto, calor humano, confiança e atitude calorosa são importantes na forma de estar com o idoso e de o acompanhar nesta etapa da sua existência. É dialogando que o enfermeiro poderá ajudar o idoso a adaptar-se às suas novas condições de vida.

Prestar cuidados de enfermagem às pessoas idosas, ajudá-las a fazer escolhas e apoiá-las quando desejam mudar os seus comportamentos, é significativo para melhorar não apenas a sua saúde e bem-estar, mas também a autoestima, o controlo sobre a saúde e a sua vida, a autonomia, a dignidade, permitindo-lhes viver no seu ambiente natural, junto de familiares, vizinhos e amigos.

Em conclusão, os recursos de enfermagem devem continuar a adaptar-se para oferecer cuidados que estejam em harmonia e respondam verdadeiramente às necessidades dos idosos. Este contributo baseia-se no conhecimento rigoroso do idoso, dos seus limites e do seu estado de saúde global, bem como na avaliação completa dos recursos sociais, redes de suporte formais e informais e dos serviços institucionais de que beneficia. Para as pessoas idosas já não se trata só de prolongar a esperança de vida, mas de a prolongar com o mínimo de incapacidade (Moniz, 2003). Para isso, é fundamental a identificação de fatores de risco, que são as condições de vida e ambiente, as condições de saúde, os estilos de vida, as condições sociais e económicas e as atitudes sociais face ao envelhecimento (Costa, 1998).

Para o sucesso no controlo da doença crónica como a HTA, não basta apenas orientar, é preciso utilizar intervenções de modo a que o idoso participe no processo de gestão da doença crónica, em colaboração com a família e os profissionais de saúde (Kieller & Cunha, 2004). A ênfase no desenvolvimento de um estilo de vida saudável e de programas de manutenção da saúde ajudam a lidar com o impacto desta doença crónica para que os idosos vivenciem os seus processos de transição com capacidade funcional e qualidade de vida desejável.

3.1.2. O contexto familiar nos cuidados de enfermagem ao idoso hipertenso

Em Portugal e nos países do sul da Europa, a família é a unidade básica de suporte a todos aqueles que carecem de cuidados, sejam eles crianças, jovens, adultos ou idosos, representando o lugar de aconchego, segurança, identidade e memórias e, por isso, também o local privilegiado para envelhecer. A tradição cultural portuguesa atribui às famílias a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006). A expressão da família solidária com os mais velhos inscreve-se nos valores culturais da população portuguesa, ainda que existam hoje mudanças apreciáveis na estrutura familiar das pessoas idosas.

Este cuidado constitui um desafio para as famílias, não só pelas transições que tem ocorrido no seu seio nos âmbitos cultural, económico, político e social, mas também porque os idosos apresentam uma maior prevalência de doenças crónicas e incapacidades, resultando em necessidades crescentes de serviços sociais e de saúde (Gomes & Mata, 2012). Assim, no contexto familiar quem tem maior probabilidade de se tornar cuidador informal é o cônjuge, quando os idosos são casados, e os filhos, pois em termos de proximidade física e afetiva, são

os elementos que mantêm uma relação conjugal ou filial, aqueles que prevalecem e que assumem maior destaque na assunção dos cuidados aos idosos (Nogueira, 2012; Paúl, 1997). Enquanto que, na base da relação matrimonial o compromisso é de inter-ajuda, quando o vínculo é filial este compromisso é mais vulnerável e normalmente a escolha da(o) filha(o) não é aleatória, sendo o cargo assumido pela filha mais velha ou por um elemento solteiro (Silveira, Caldas & carneiro, 2006).

Alguns autores identificam também fatores decisivos para assumir o papel de cuidador, de entre eles, a componente afetiva que une os membros da família, a possibilidade de neste papel expressar reconhecimento, sentimentos de obrigação, resignação ou até impossibilidade de escolha (Cattani & Girardon-Perlini, 2004). A prestação informal de cuidados, maioritariamente exercida por familiares, cônjuges e/ou filhos, define-se com base nas interações entre o membro da família que ajuda o outro, de maneira regular e não remunerada, a realizar atividades imprescindíveis para viver a sua vida com dignidade.

Neste contexto, revela-se fundamental o papel que a família desempenha nos cuidados ao idoso, entendendo o cuidado informal como a assistência proporcionada pela família, pelos amigos ou pelos vizinhos, a quem padece de uma doença e requer ajuda para a realização de AVDs e/ou AIVDs, sem receber remuneração económica por isso (Escuredo Rodríguez, Díaz Alvarez & Pascual Cortés, 2001).

A investigação sobre a prestação informal de cuidados ao idoso tem operacionalizado o conjunto de cuidados a prestar ao recetor, definido como “pessoa que vive com alguma condição crónica que lhe causa dificuldades em executar as tarefas de vida diárias” (Savage & Bailey, 2004, p.113) e que depende da sua incapacidade, enquanto dificuldade em qualquer domínio da vida que a pessoa apresenta devido a um problema de saúde e que, como tal, limita a atividade (Figueiredo, 2004). Estas incapacidades podem relacionar-se com AVDs (higiene pessoal, vestir, alimentar, deambular, transferir, controlo de esfíncteres) e AIVDs (transporte, preparação de refeições, administração de medicamentos, atividades recreativas, fazer compras), que decorrem das doenças mais frequentes nas idades mais avançadas, como as cardiovasculares, as respiratórias e as osteoarticulares. Ao revestirem-se de um cariz de cronicidade, muitos idosos que viviam relativamente saudáveis e independentes, passam agora a representar cerca de 60% das pessoas com incapacidades (Sousa, 2004).

No dizer de Paúl (1997), existem cinco categorias de cuidados informais: *i) Antecipatórios*, incluem comportamentos ou decisões baseados na antevisão das necessidades dos recetores de cuidados; *ii) Preventivos*, no sentido de evitar a doença e as deteriorações física e mental; *iii) De supervisão*, um envolvimento direto e ativo, habitualmente reconhecido como o olhar pelo idoso; *iv) Instrumentais*, relacionados com o fazer por ou assistir, de modo a manter a integridade física e o estado de saúde; *v) Protetores*, que se prendem com a proteção relativa ao que não pode ser evitado e tem a ver com as ameaças à autoimagem, identidade e bem-estar emocional.

A doença crónica gera na família alterações esperadas e não esperadas e os maiores desafios centram-se nos novos papéis que a doença impõe. Aqueles que desempenham o papel de cuidadores informais, enfrentam a tarefa constante de equilibrar as necessidades do idoso doente e as suas próprias necessidades e, por vezes, as de outros elementos da família. Sentimentos de culpa, tristeza, frustração, são respostas frequentes à tensão criada pelo conviver e cuidar do idoso com doença crónica, quando não encontra um equilíbrio entre todas estas necessidades.

Os familiares cuidadores apresentam então um conjunto de necessidades que poderão equacionar-se no âmbito do apoio financeiro, apoio emocional e aconselhamento, de informação e de formação. As necessidades de apoio financeiro surgem sobretudo em extratos de população com condições socioeconómicas mais frágeis, resultado de escassez de rendimentos, baixas pensões de reforma e elevadas despesas com a assistência médica, medicamentos e outras ajudas técnicas. Necessidades de apoio emocional e aconselhamento são manifestadas pelos cuidadores que carecem, com frequência, de partilha das experiências, dificuldades e preocupações sobre os cuidados que prestam ao familiar idoso. As necessidades de formação dos familiares cuidadores de idosos, visam a aquisição de conhecimentos práticos, como escolher e preparar alimentos e refeições saudáveis, promover comportamentos e estilos de vida saudáveis, bem como conhecer a própria doença crónica, as suas causas, evolução, tratamento e possíveis complicações, como acontece na HTA.

A Figura 6, representa o triângulo comunicacional, matizado pelo contexto social e cultural, no apoio ao idoso com doença crónica, relevando a utilização dos recursos da comunidade, como os serviços de assistência na saúde e o papel da família, de que são exemplos, decorrente do avanço da idade e do surgimento de novas patologias, a necessidade de

acompanhá-los aos centros de saúde e locais de realização de exames de diagnóstico, comprar e supervisionar a administração dos medicamentos e preparar refeições (Sousa et al., 2006).

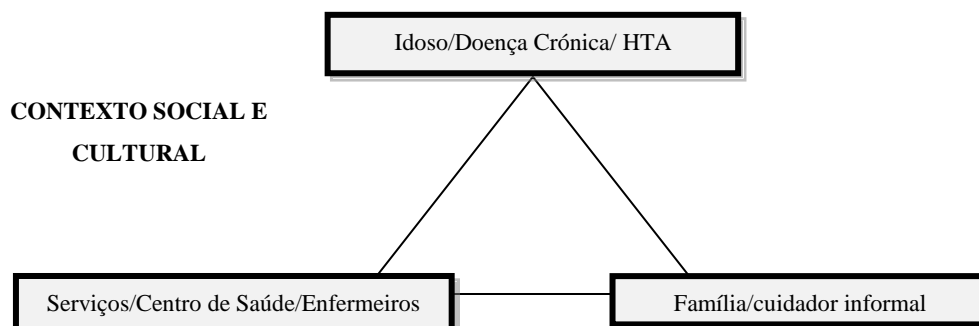


Figura 6. Triângulo comunicacional com o idoso e família

(Adapt. Sousa et al., 2006, p.67)

Só recentemente, face ao crescente envelhecimento da população, tem sido dada relevância ao papel da família na segunda metade da vida. No entanto, cuidar de uma pessoa idosa com doença crónica, não é o mesmo que cuidar de uma criança, pois como refere Azeredo (2011), o idoso tem um passado, uma história de vida, uma socialização longa, que não podem ser esquecidos. Reconhecer essa singularidade é importante, como também é importante estimular e manter um comportamento sociável e uma ocupação para não perder o contacto com a realidade. Como cuidadora, a família é, foi e continua a ser, parte integrante da intervenção em saúde em todos os contextos de assistência. É relevante a relação entre o cuidado e o contexto familiar como algo indispensável para o cuidado integral e continuado ao idoso. Frequentemente, este cuidar não é distinto de outras situações de cuidados familiares, sendo muitas vezes a continuação de uma relação anterior de cuidados, suporte e assistência.

Assim, a família como principal prestadora e participante nos cuidados deverá estar incluída em todo o processo de cuidados, sendo sujeito de intervenção que pode atuar sinergicamente com os serviços de saúde. Pensar a família, como refere Lage (2005), vai para além da orientação e colaboração nos cuidados. Significa considerá-la uma potencial aliada na manutenção e recuperação da saúde dos seus membros, determinada pelas perceções das experiências vividas, as quais influenciam os modos de agir e os comportamentos na gestão dessas mesmas experiências. É então conferido à família um papel ativo na tomada de decisão e na vivência do cuidado. Processos formais e informais de cuidados constituem processos complementares cuja interface é crucial na gestão dos problemas de saúde das pessoas idosas

e suas famílias, devendo ambos convergir e assegurar unidade e objetivos comuns para poderem interagir adequadamente. É neste contexto que a família, enquanto cuidadora informal, necessita de informação, formação, suporte, alívio e intervenção psicoemocional, sustentada na coordenação e adaptação de cuidados.

Ajudar o cuidador informal a ser competente deve ser também um objetivo dos cuidados de enfermagem para que este possa usar adequadamente os recursos pessoais e sociais para a resolução dos problemas de saúde do idoso e cuidar igualmente de si, pois é importante que o cuidador para cuidar do seu familiar se encontre bem com ele próprio, na medida em que o seu bem-estar e satisfação têm repercussões no desempenho do papel de cuidador (Martins, 2006). Este precisa estar atento a sinais e sintomas de doença (fadiga, ansiedade, insônia, perturbações do humor), fazer um controlo da sua saúde com regularidade e partilhar experiências e dificuldades (grupos de autoajuda), com outras pessoas em iguais circunstâncias (Lage, 2005), não descurando atividades que asseguram o seu bem-estar, como convívio, atividades de lazer e atividade física (Ducharme & Trudeau, 2002; Giacomini, Uchôa, Firmo & Lima-Costa, 2005).

Como referem Gomes e Mata (2012), a não preparação dos familiares cuidadores decorre, muitas vezes, da falta de conhecimento e informação, ocasionando alterações na dinâmica de vida, bem como no cuidado ineficaz para o idoso com doença. Quando aconselhados e orientados, os familiares estarão mais preparados para intervir adequadamente nas situações de cuidado, sem prejuízo para a sua saúde física e emocional ou para o seu estilo de vida. Os estudos têm-se centrado sobretudo na sobrecarga física e emocional dos cuidadores que se deve ao excesso de atividades e ao esforço físico (queixas somáticas, alterações do apetite, fadiga, dificuldade de concentração), (Mehta, 2005), emocional e social (irritabilidade, alteração do humor, insônia, isolamento social), (Veríssimo & Moreira, 2004), decorrente da complexidade das tarefas e dos sentimentos experimentados.

No contexto atual, em que as políticas sociais e de saúde se encaminham para a manutenção dos idosos nos seus domicílios, o familiar cuidador assume particular relevância, por um lado, pelo aumento de pessoas idosas incapazes de satisfazer a totalidade das suas necessidades e, por outro, pela evidência de que a família é capaz de proporcionar a maior parte dos cuidados (Azeredo, 2011). Os cuidados constituem a essência da disciplina de enfermagem e a família um dos grupos mais importantes que os enfermeiros na comunidade devem apoiar (De la Cuesta Benjumea, 2004).

É no desempenho do papel de prestador de cuidados “tipo de interação de papéis de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém” (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2002, p.63) que os enfermeiros, na equipa de saúde, evidenciam a sua primazia nos cuidados de saúde ao centrarem a sua atenção no treino de competências, no ensino e aconselhamento de práticas promotoras de saúde, na avaliação dos recursos pessoais do cuidador e na necessidade de utilização dos recursos comunitários. Cabe aos enfermeiros estabelecer e promover uma parceria de proximidade com os familiares cuidadores, maximizando as suas capacidades e minimizando dificuldades nos cuidados aos idosos com doença crónica, constituindo simultaneamente elo de ligação e articulação com os cuidados formais de saúde. Os enfermeiros desempenham então uma função importante na gestão de recursos da comunidade, pelo que devem assumir um papel significativo no contexto da equipa de saúde. As suas intervenções são otimizadas se a família for alvo dos processos de cuidados, nomeadamente quando estes visam a alteração de comportamentos, como a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde e a prevenção das doenças.

PARTE II

IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL: DA PROBLEMÁTICA À (RE)DESCOBERTA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA COMUNIDADE

1. PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DA INVESTIGAÇÃO

Sendo o envelhecimento um fenómeno natural e comum a todos os seres vivos, tem sido possível preservar durante mais anos um razoável estado de saúde. No entanto, a diminuição física, psíquica e social que acontece em muitos idosos torna-os mais vulneráveis, pelo que é necessário fazer a “ponte” entre envelhecimento e saúde. Como refere Costa (2002), à medida que a idade avança, a somatização aumenta, pondo por vezes em causa o valor de um tratamento estritamente médico ou medicamentoso. A sua menor resistência aos fatores agressores de qualquer natureza, a sua reduzida capacidade de adaptação, a maior lentidão e dificuldade na reposição do equilíbrio alterado, a maior morbidade por causas fisiológicas, são determinantes de um padrão próprio de doença da pessoa idosa. Este padrão é caracterizado, fundamentalmente, por diversas patologias e suas complicações e pela estreita relação entre componentes sociais, cronicidade, incurabilidade e elevada mortalidade. Se ser idoso não significa, necessariamente, ser doente, os estudos epidemiológicos têm evidenciado maior morbidade e mortalidade neste grupo etário. A elevada prevalência de determinadas patologias na população idosa determina que a maioria dos internamentos hospitalares seja motivada por complicações de doenças crónicas mal controladas, cardiovasculares, pulmonares, diabetes e doenças mentais, aumentando o sofrimento no idoso e família. O Plano Nacional de Saúde 2011-2016, destaca as doenças do aparelho circulatório e o cancro como as principais causas de internamento na população adulta, representando, respetivamente, 10,1% e 7,9%, dos internamentos hospitalares (ACS, 2011).

A HTA é uma doença crónica e é considerada um dos mais importantes fatores de risco das doenças cardiocerebrovasculares (ACS, 2011; Pádua, 2008). No estudo de Macedo e

cols. (2005), a incidência da HTA aumenta com a idade, é prevalente no sexo masculino, mas em pessoas com 65 ou mais anos essa discrepância é atenuada. Estes autores referem que apenas 12,1% dos hipertensos em Portugal apresentam valores tensionais controlados, pelo que é urgente a implementação de medidas de saúde pública que melhorem esta realidade epidemiológica nacional.

Trata-se de uma doença crónica que se mantém durante toda a vida, e só com intervenções adequadas e ajustadas às necessidades das pessoas idosas pode ser controlada, prevenindo ou retardando as suas complicações, mais graves para a saúde, autonomia e qualidade de vida, com repercussões sociais, económicas e financeiras significativas para os idosos, as famílias e o país.

É sobejamente conhecido que, em Portugal, o AVC, a doença cardíaca e a doença isquémica do coração, continuam a ser as principais causas de morte, sendo das mais elevadas da Europa e do mundo (DGS, 2006b). Pelo seu carácter multidimensional e graves consequências para as pessoas idosas, para a sociedade e para o sistema de saúde, exigem ser encaradas como um problema de saúde pública que urge minorar. A atualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares é uma prova desta preocupação, focalizando-se na promoção da saúde, no prolongamento da vida ativa e na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. O reconhecimento de que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte e que ocupam o lugar cimeiro entre os internamentos hospitalares, confirmam a hipótese de que a prevalência da HTA é elevada no nosso país e o seu controlo é insuficiente (DGS, 2006b). No dizer de Quitério (2008), “a educação é a única forma de tornar o doente hipertenso ativo na gestão da sua doença, de forma a adotar uma prática correta de auto-vigilância e auto-controlo da HTA” (p.386).

Conscientes da importância dos cuidados de enfermagem aos idosos com HTA e mais especificamente no que respeita ao cumprimento do regime terapêutico, à promoção do autocuidado, à autonomia e melhoria da saúde e qualidade de vida é, em nosso entender, pertinente equacionar as práticas clínicas de enfermagem de modo a compreender com profundidade o cuidar em enfermagem das pessoas idosas com HTA. Pretendemos ainda perceber o contributo dos cuidados de enfermagem face a este grave problema de saúde pública e analisar as intervenções de enfermagem tendo em vista a melhoria desta situação clínica. Procura-se, desta forma, a obtenção de mais ganhos em saúde para as pessoas idosas com doença crónica – HTA e, simultaneamente, mais satisfação profissional dos enfermeiros

que diariamente cuidam de pessoas idosas. Estas preocupações conduziram à formulação da questão orientadora deste estudo de investigação:

“Como cuidam os enfermeiros das pessoas idosas com HTA, no contexto da consulta de enfermagem, de um centro de saúde da região norte do país?”

Relacionada com a questão orientadora, outras questões de investigação foram equacionadas, de modo a obtermos uma compreensão mais global da problemática em estudo:

Como é estruturada a consulta de enfermagem do idoso com HTA, no centro de saúde?

Que intervenções realizam os enfermeiros no âmbito da consulta de enfermagem do idoso com HTA, no centro de saúde?

Quais os processos de interação e intervenção terapêutica enfermeiro/idoso com HTA, no contexto da consulta de enfermagem, no centro de saúde?

Quais as estratégias terapêuticas de enfermagem desenvolvidas no âmbito da consulta de enfermagem do idoso para o controlo da HTA, no centro de saúde?

Quais os contributos dos enfermeiros na promoção do envelhecimento ativo e bem-sucedido do idoso com HTA, no âmbito da consulta de enfermagem no centro de saúde?

Que condicionantes facilitadoras/dificultadoras são experienciadas pelos enfermeiros na consulta de enfermagem do idoso com HTA, no centro de saúde?

Como percecionam os idosos a HTA?

Que condicionantes facilitadoras/dificultadoras são experienciadas pelos idosos na vivência da doença crónica - HTA?

Quais os contributos de um programa de intervenção de enfermagem com idosos com HTA?

Quais as percepções dos idosos com HTA e dos enfermeiros sobre os resultados do programa de intervenção de enfermagem?

2. MODO DE INVESTIGAÇÃO - A INVESTIGAÇÃO-AÇÃO

A problemática em estudo, bem como as questões orientadoras e os objetivos, sugerem um modo de investigação que privilegie o contacto direto do investigador com o campo de ação, onde os diferentes atores interagem, isto é, um estudo qualitativo. Lessard-Hébert, Goyette e Boutin (2005), defendem que nos estudos qualitativos o objeto geral da investigação é o “mundo humano”, enquanto criador de sentido. Pretende-se a compreensão do significado ou da interpretação dada pelos sujeitos aos acontecimentos que lhes dizem respeito e aos comportamentos/ações que manifestam. A fonte dos dados é o ambiente natural, predominando a análise indutiva através da compreensão das perspetivas dos participantes, assumindo um carácter exploratório, interpretativo e descritivo das realidades percebidas, na descoberta do sentido da realidade, reconhecendo-a complexa e dinâmica. Ao enfatizar a vida quotidiana do ponto de vista dos atores, os estudos qualitativos contribuem para aumentar o conhecimento e compreensão sobre os fenómenos em estudo (De la Cuesta Benjumea, 2004).

A investigação-ação é um método de investigação qualitativa que implica agir para melhorar a prática e estudar sistematicamente os efeitos da ação desenvolvida. Para Jenks (2002), McKay e Marshall (2002), o investigador estuda um contexto particular da prática para identificar e descrever problemas ou áreas que necessitam de mudança, para propôr possíveis soluções e implementá-las no contexto do problema. Por isso, avalia cuidadosamente o processo e os resultados da mudança para ter a certeza de que esta teve o efeito desejado. O objetivo é obter soluções relevantes aplicáveis a contextos específicos da prática. Segundo estes autores, a investigação-ação leva à criação do conhecimento prático que se relaciona com problemas e preocupações específicas de um determinado contexto. Este conhecimento é útil pois, em última análise, melhora a prática, e os profissionais envolvidos num estudo de investigação-ação tornam-se mais comprometidos com a mudança desejada e estão mais disponíveis para a incluir na sua prática, mesmo após o estudo terminar (Latorre, 2003).

De acordo com Silva (2001), Tripp (2005) e Formosinho (2008), esta metodologia está indicada quando se pretende diagnosticar e encontrar soluções para problemas reais da prática no campo da ação. Neste contexto, os profissionais beneficiarão com a sua participação em estudos que visem minimizar os problemas relacionados com contextos particulares, interferindo em simultâneo na qualidade dos serviços que prestam. A finalidade é encontrar

soluções através da implementação e avaliação do sucesso das mudanças identificadas numa prática específica.

A investigação-ação surge na década de quarenta, com Lewin (1946), que desenvolveu este método para ajudar os trabalhadores sociais a melhorar a sua prática. A partir dos estudos efetuados, promoveu a investigação-ação como um método de interação e de participação num sistema de finalidades de aprendizagem e de criação de mudança. Segundo este autor, quatro características fundamentais são comuns na investigação-ação: *i*) a procura de soluções para problemas da prática; *ii*) a colaboração entre os investigadores e os profissionais; *iii*) a implementação de mudanças na prática; *iv*) o desenvolvimento de teoria. A sua finalidade é encontrar soluções através da implementação e avaliar as mudanças identificadas numa prática específica. A investigação-ação reveste-se de um carácter complexo, que se organiza em torno de três objetivos distintos: *i*) objetivos de investigação, com a produção de conhecimento sobre a realidade em estudo; *ii*) objetivos de inovação, com a introdução de transformações na situação em estudo e o propósito de dar solução a problemas identificados; *iii*) objetivos de formação de competências, isto é, o desenvolvimento de um processo de aprendizagem social, envolvendo todos os participantes, no quadro de um processo mais amplo de transformação social, cultural e política. Outra característica da investigação-ação é ser um processo coletivo que, na diversidade das suas ações e das suas fases, envolve como sujeito ativo de investigação e de intervenção, não só o investigador mas também a sociedade, ou parte dela, estreitamente associado a um processo argumentativo que se torna imprescindível quando se tem em vista objetivos de inovação e transformação (Esteves, 2001). É a aprendizagem social que se espera da investigação-ação, para além da investigação, atravessada por um processo argumentativo.

A investigação-ação desenrola-se numa espécie de espiral de ciclos de planificação, ação, observação, reflexão e avaliação, sendo um processo esquemático de aprendizagem orientado para a prática (Elliot, 2010). Os estudos de investigação-ação incluem a implementação de soluções como parte do processo de investigação, sendo possível a avaliação tanto da mudança como do processo. A teoria surge pela ação do investigador no campo para clarificar e explicar a situação em estudo, tornando óbvio o que é obscuro, permitindo aos profissionais identificar fatores que influenciam a sua prática e quais os que a facilitam ou a inibem (Jenks, 2002). À medida que a investigação progride, a teoria é testada, através de intervenções que a

colocam em ação. As intervenções são avaliadas e a teoria é refinada de acordo com os resultados, num ciclo recursivo e dialético entre teoria e prática.

Igualmente para Santos (2006), a metodologia da investigação-ação tem na sua aplicação, alguns princípios de índole prática a atingir, integrando-se num programa de mudança onde o saber e a própria mudança se constroem em paralelo. Caracteriza-se por uma atitude contínua de fases sobreponíveis de planificação, ação, observação, reflexão e avaliação, ponderando o *feedback* entre elas.

Assumindo estas características, a Figura 7 pretende ser uma apresentação esquemática do desenho da investigação, com a explicitação das suas diferentes fases e do seu desenvolvimento.

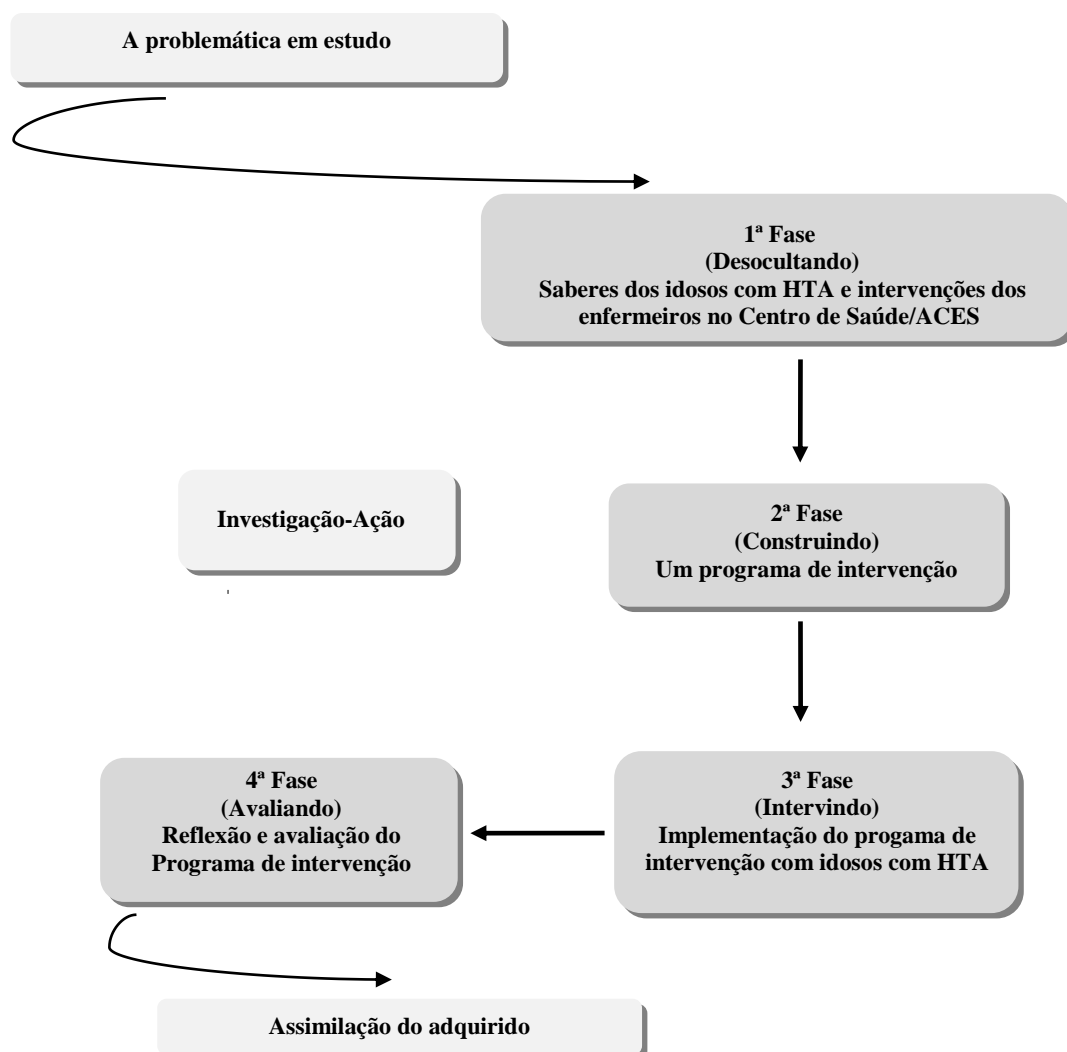


Figura 7. Desenho da investigação

Enquadrada pela problemática em estudo, relativa à importância dos cuidados de enfermagem aos idosos com HTA, na especificidade dos processos de transição saúde – doença e da adequação ao regime terapêutico prescrito, a investigação-ação subjacente a este estudo compreende essencialmente quatro fases que se interligam entre si:

- 1ª Fase, corresponde ao estudo exploratório, preliminar, no qual se procede a uma avaliação detalhada e aprofundada da situação clínica (parâmetros de avaliação clínica e antropométrica) e social dos idosos e dos cuidados de enfermagem no âmbito da consulta aos idosos com HTA, tal como existe, de modo a compreender os eixos estruturantes da consulta e a forma como se desenvolvem os processos de interação enfermeiro-idoso. Privilegiou-se a entrevista para a recolha de dados de natureza quantitativa e qualitativa de forma a possibilitar uma compreensão aprofundada da situação em estudo, incluindo factos, interpretações e explicações desses factos, experiências e vivências dos diferentes atores intervenientes. A finalidade foi obter uma perspetiva global da situação em estudo, particularmente de fatores significativos para a investigação. A análise e discussão dos resultados com os enfermeiros participantes e envolvidos na investigação, permitiram a criação de consensos e a elaboração de um plano de ação de mudança.

- 2ª Fase, decorrente do conhecimento emergente da primeira fase, teve por objetivo a co-construção de um programa de intervenção que mobilizou os saberes práticos e teóricos dos enfermeiros e as experiências dos idosos na vivência dos seus processos de transição, naquele contexto social e cultural, integrando conhecimentos de diferentes áreas disciplinares (enfermagem, educação de adultos, educação para a saúde). O plano de ação incluiu a seleção de instrumentos de avaliação da mudança;

- 3ª Fase, após o recrutamento dos idosos e familiares participantes, implementou-se o programa de intervenção que se prolongou no tempo, correspondente a um estudo de intervenção quase-experimental (Fortin, Côté & Filion, 2009), procedendo-se à aplicação de um conjunto de instrumentos de recolha de dados de natureza quantitativa e qualitativa, que permitisse avaliar o impacto do programa nos idosos/cônjuges com HTA;

- 4ª Fase, corresponde à reflexão e avaliação sobre o processo decorrido e sobre os resultados da implementação do programa de intervenção, devolvendo aos enfermeiros a participação nos processos de reconstrução e transformação dos saberes da prática, viabilizando a possibilidade de identificar os ganhos em saúde atribuíveis à intervenção de

enfermagem. Esta fase permitiu a compreensão do processo de implementação do programa e do efeito que a mudança teve nos atores intervenientes. Reuniões de equipa e entrevistas facilitam este processo de reflexão. O processo de avaliação decorre da análise dos resultados obtidos, através dos instrumentos de recolha de dados quantitativos e qualitativos utilizados.

Para Jenks (2002), a maior vantagem da investigação-ação é criar soluções práticas para os problemas quotidianos da enfermagem. Porque se exige a implementação e avaliação de práticas inovadoras, a investigação-ação também fornece uma resposta para o fosso existente entre teoria e prática. Trata-se de um processo dinâmico que inclui um ciclo entre a análise, a ação, a reflexão e a avaliação, podendo resultar numa mudança para uma prática mais duradoura e significativa para todos os participantes.

3. O CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS/ACES - ALTO TRÁS-OS-MONTES II - ALTO TÂMEGA E BARROSO

A designação de CSP surge pela primeira vez em 1978, na Conferência Internacional da OMS, sob a direção de Halfdan Mahler, em Alma-Ata, consignada na “Declaração de Alma-Ata”, como sendo:

...o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e comunidade com o sistema nacional de saúde, permitindo a aproximação da assistência de saúde o mais possível dos locais onde a população vive e trabalha, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis, posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, com a sua participação plena. (Martín Zurro & Cano Pérez, 1994, p.5)

O SNS surgiu em Portugal um ano após a “Declaração de Alma-Ata”, em 1979. Os primeiros grandes desafios foram assegurar um financiamento suficiente através do orçamento de estado, garantindo a prestação de cuidados globais e integrados a toda a população, englobando a promoção e vigilância de saúde, a prevenção e diagnóstico de doença, o tratamento e reabilitação médica e social (Gomes & Dias, 1987).

Várias reflexões, críticas e sugestões de mudanças vieram promovendo algumas alterações: regimes remuneratórios, projetos e debates sobre a descentralização da gestão das sub-regiões de saúde para os centros de saúde e sua reorganização, entre outras. Na perspetiva de Pereira e Costa (2007), também teve importância a política europeia da OMS, aprovada no Departamento Regional da OMS para a Europa, em parceria com os 51 Estados Membros,

“saúde para todos no século XXI”, pretendendo-se obter um potencial de “saúde para todos” através da promoção, proteção da saúde dos indivíduos ao longo da vida e redução de incidência de danos relativos às principais doenças e lesões. Esta finalidade assenta numa estratégia fundamental de reforço dos CSP através do desenvolvimento de políticas de saúde orientadas para a comunidade e família.

Uma nova reorganização estrutural surge através do DL nº 157/99, de 10 de maio, criando os “centros de saúde de terceira geração”, com autonomia de gestão administrativa e financeira, assumindo-se como parte integrante do sistema local de saúde. Esta legislação criou nos centros de saúde, a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), com um novo direcionamento para a prestação de cuidados de enfermagem na comunidade, alcançando as famílias mais vulneráveis, com elementos portadores de doenças crónicas e a requererem cuidados de enfermagem, ou com comportamentos de saúde exigindo acompanhamento de enfermagem no domicílio ou ainda em situações de risco, nomeadamente durante a gravidez ou no acompanhamento à mãe e ao recém-nascido. Algumas diretivas da OMS estavam traduzidas neste DL, nomeadamente o papel do enfermeiro de saúde familiar e a importância do trabalho em equipa. Para além desta unidade de cuidados, cada centro de saúde de terceira geração deveria agregar ainda quatro a dez Unidades de Saúde Familiar (USF), com vista à prestação de cuidados de saúde e à garantia de acessibilidade, continuidade e globalidade de cuidados; uma Unidade de Saúde Pública (USP), cuja responsabilidade seria garantir a proteção e promoção da saúde na comunidade (Campos, 2008). Várias dificuldades impediram esta reorganização, tendo sido revogado o DL nº 157/99, assistindo-se em 2002 a uma nova reforma, com a criação da Rede de Cuidados de Saúde Primários. Tem como objetivos, não só a garantia da prestação de cuidados de saúde gratuitos, abrangentes e continuados aos cidadãos, mas também constituir-se e assumir-se, em articulação permanente com os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro fundamental na promoção da saúde e prevenção da doença (DL nº 60/2003, de 1 de abril).

O DL nº 28/2008, veio estabelecer o regime de criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do SNS. São definidos como “serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais que agrupam um ou mais CS, tendo por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica” (p.1183). Constituem unidades funcionais de saúde: USF; unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP); UCC; USP; unidade de recursos

assistenciais partilhados (URAP). Todas as unidades funcionais de saúde são constituídas por equipas multiprofissionais com autonomia organizativa e técnica, sendo o ACES o pólo agregador das várias unidades.

Assim, a USF, cujo regulamento organizacional e funcional foi publicado, através do Despacho nº 9/2006 de 16 de fevereiro, é “a unidade elementar de prestação de cuidados de saúde a uma população identificada através da inscrição em lista de utentes” (p. 1256), tendo por missão e responsabilidade manter e melhorar o estado de saúde das pessoas, da área geográfica abrangida, através da prestação de cuidados de saúde gerais, de forma personalizada, com boa acessibilidade e continuidade, abrangendo os contextos sócio-familiares dos utentes.

A UCSP tem por missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados, tendo uma dimensão idêntica à prevista para a USF, integrando os profissionais que não estão organizados em USF.

A UCC, presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional, ou doença que requeira acompanhamento próximo, atuando também na educação para a saúde, na integração de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

A USP, tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população na sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, concorrendo para o cumprimento da missão do ACES onde se integra. Funciona como observatório de saúde da área geográfica, desenvolve atividades de planeamento em saúde, de promoção e proteção da saúde, de vigilância epidemiológica e de saúde ambiental.

A URAP, presta serviços de consultadoria e assistenciais às restantes unidades funcionais e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares. Congrega médicos de diferentes especialidades, com exceção de saúde familiar e saúde pública, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e outros técnicos que estejam ou venham a ser integrados no ACES.

Estabelecido o número máximo de ACES (74), a sua delimitação geográfica a corresponder a NUTS⁶ III e tendo em conta a necessidade de combinar recursos e fatores geodemográficos, através da Portaria n.º 273/2009, de 18 de março, são criados os ACES procedendo à identificação de cada um quanto a: identificação; sede; área geográfica; centros de saúde abrangidos e respetiva população e recursos humanos afetos por grupo profissional.

O ACES Alto Trás-os-Montes II – Alto Tâmega e Barroso, agrupa os centros de saúde abrangidos por uma área geográfica da região norte e interior do país, envolvendo os concelhos de Montalegre, Boticas, Chaves, Valpaços, Ribeira de Pena e Vila Pouca de Aguiar. Os centros de saúde de Montalegre, Boticas, Chaves 1 e Chaves 2, Valpaços, Ribeira de Pena e de Vila Pouca de Aguiar, constituem este ACES (Figura 8).



Figura 8. Concelhos do ACES Alto Trás-os-Montes II – Alto Tâmega e Barroso
(ARS Norte, 2009)

De acordo com o Perfil Local de Saúde 2009 (ARS Norte, 2009), serão enumerados alguns elementos de caracterização do ACES Alto Trás-os-Montes II – Alto Tâmega e Barroso. Este insere-se na região norte, e apesar de entre 2005 e 2009 ter mantido taxas de crescimento efetivo⁷ positivo da população, tem vindo a decrescer, estimando-se que em 2010 atinja uma taxa de crescimento efetiva negativa, como resultado do declínio do crescimento natural e do

⁶ Nomenclaturas de Unidades Territoriais para fins estatísticos.

⁷ Variação populacional observada durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa por 100 (10²) ou 1000 (10³) habitantes), (INE, 2009).

crescimento migratório (INE, 2012). A área geográfica abrangida pelo Centro de Saúde conta com uma população de 101.604 residentes (ARS Norte, 2009) que decresceu para 94.134 residentes (INE, 2011), correspondendo, por ordem decrescente, aos seguintes concelhos: Chaves (43,3%); Valpaços (18,2%); Vila Pouca de Aguiar (14,6%); Montalegre (11,2%); Ribeira de Pena (6,9%) e Boticas (5,6%). A esperança de vida à nascença⁸, no triénio 2005-2007, era de 74,3 para os homens e 82,9 para as mulheres, padrão que se modifica comparativamente com o continente e a região norte (valor superior, respetivamente, 75,6 e 75,8) e um índice de envelhecimento de 211,0 em 2008, superior ao verificado em toda a região norte (99,3) e no continente (118,1), tendência que se verifica desde 2000. Quanto ao índice de dependência de jovens⁹ (17,2) é consideravelmente inferior ao verificado na região norte e no continente (22,6), por oposição ao índice de dependência de idosos¹⁰ (36,3) em comparação com o continente (26,7) e a região norte (22,5%), conforme observamos na Figura 9 (Índices de Envelhecimento, 2000-2008).

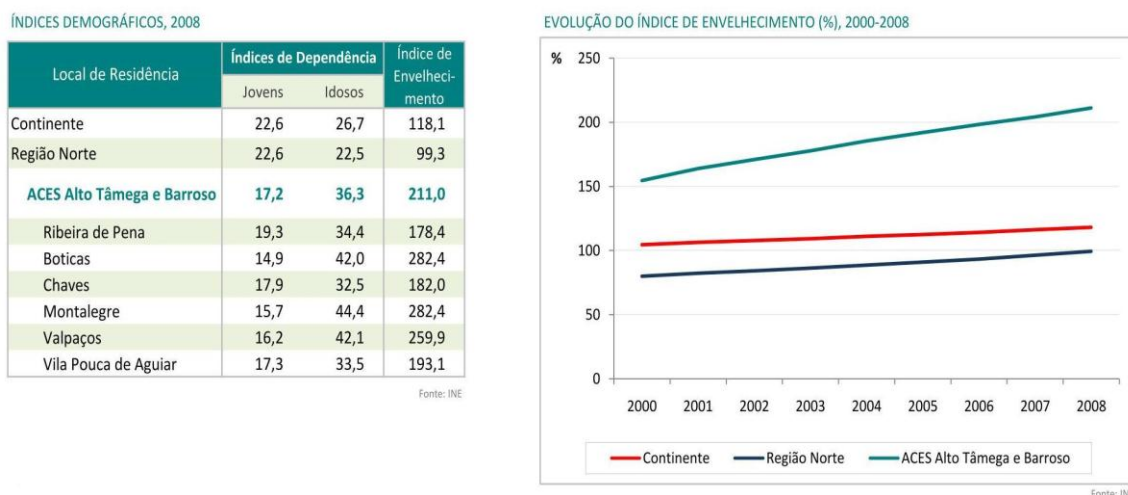


Figura 9. Índices de Envelhecimento, 2000-2008
(ARS Norte, 2009)

A mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte no triénio 2003-2005, para todas as idades e ambos os sexos, foram as doenças do aparelho circulatório e tumores

⁸ Número médio de anos que uma pessoa à nascença pode viver, mantendo-se as taxa de mortalidade por idade observadas no momento (INE, 2009).

⁹ Relação entre a população jovem e a população em idade activa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas com 15-64 anos), (INE, 2009).

¹⁰ Relação entre a população idosa e a população em idade activa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas com 15-64 anos), (INE, 2009).

malgnos, à semelhança do observado no mesmo período na região norte e no país. No entanto, o ACES detém um valor mais elevado para a mortalidade por SSA (sintomas, sinais e achados mal definidos) não classificados, em relação à região norte e ao país (Figura 10). No triénio 2003-2005, para os grandes grupos de causas de morte neste ACES, para a população com idades entre 65-74 anos de ambos os sexos, foram os tumores malignos (29,8%) e as doenças do aparelho circulatório (27,7%). Para a população com 75 ou mais anos, a mortalidade proporcional foi de 15,6% para os tumores malignos e 35,7% para as doenças do aparelho circulatório.

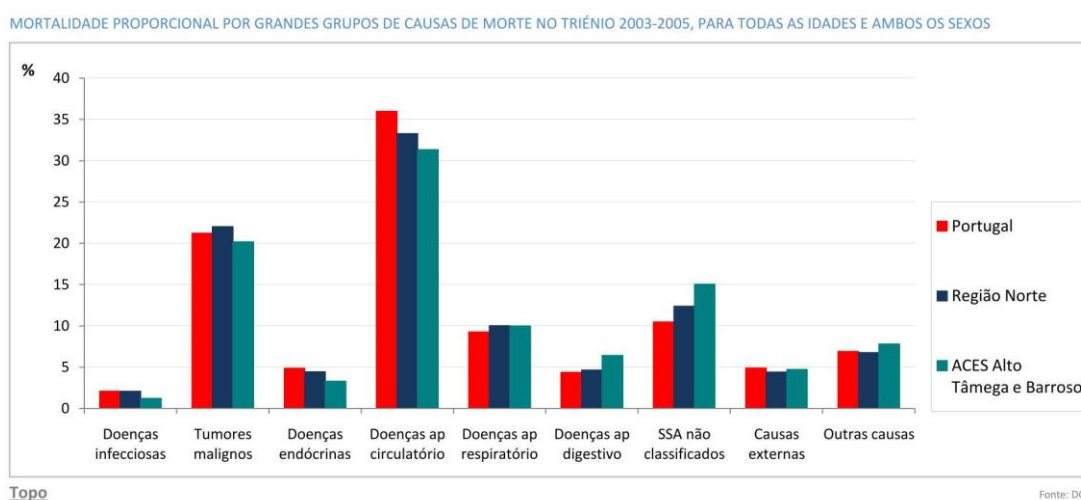


Figura 10. Mortalidade proporcional por grandes grupos de causas de morte no triénio 2003-2005, para todas as idades e ambos os sexos (ARS Norte, 2009)

Dos dados relativos à economia predomina a ocupação no setor primário, com o rendimento mensal de trabalhadores por conta de outrem bastante inferior, por exemplo Valpaços (616,8) quando comparados com a média para o continente (936,0) e a região norte (805,7). Sobre a educação, apesar do decréscimo que se tem vindo a verificar nas últimas décadas, mantém-se ainda elevada a percentagem de população sem qualquer nível de instrução (22%), em relação ao continente (19%) e região norte (INE, 2011).

O centro de saúde em estudo

Da apresentação genérica do ACES, segue-se o contexto particular da investigação, um centro de saúde que integra 33 freguesias, abrangendo uma área geográfica de cerca de 400 Km², servindo uma população de 24 511 pessoas inscritas. Inserido num concelho com

predominância rural, o setor primário tem sido gravemente afetado, pois as freguesias rurais vão-se tornando cada vez menos atrativas para a fixação populacional, sobretudo das camadas mais jovens que procuram oportunidades de emprego em zonas urbanas. O concelho acompanha a tendência nacional no que diz respeito ao fenómeno global do envelhecimento populacional, detendo o terceiro lugar de entre os seis concelhos que integram o ACES, com perda progressiva de elementos da primeira e segunda faixas etárias, gerando fenómenos demográficos complexos, desertificação rural e desenvolvimento sustentável que acentuam as diferenças e as características entre a malha urbana e rural.

O edifício do centro de saúde é constituído por um único piso, com uma parte mais antiga e outra recentemente construída, de modo a oferecer melhores respostas às necessidades de saúde da população abrangente unidas por um corredor de ligação. Constituído por estruturas modulares, contemplando salas de espera com televisão e quadros informativos de saúde, secretaria de atendimento público, gabinetes médicos, de enfermagem e de tratamentos. Conta ainda com um espaço comum destinado ao aprovisionamento, setor administrativo, sala de reuniões, biblioteca e um pequeno bar. Da apreciação geral é de realçar condições físicas e o bom estado de conservação deste edifício.

No âmbito dos recursos humanos, o centro de saúde conta com 18 enfermeiros, incluindo a enfermeira chefe, dos quais 12 possuem formação especializada, 13 médicos de família, 9 assistentes técnicos e 7 assistentes operacionais. Estão organizados por equipas multiprofissionais constituídas por médicos, enfermeiros e administrativos, responsáveis pela prestação de cuidados a um determinado número de utentes inscritos na lista médica, com exceção de três enfermeiros que exercem a sua atividade exclusivamente na prestação de cuidados domiciliários, após referenciação dos enfermeiros e médicos de cuidados de saúde primários ou diferenciados.

Quanto à acessibilidade geográfica aos cuidados de saúde deste centro, os utentes dispõem de um transporte público diário (em algumas freguesias este transporte é semanal), ou utilizam transporte próprio, ou de vizinhos ou de familiares, para habitualmente fazerem a consulta médica e de enfermagem.

Segundo dados fornecidos pelo centro de saúde, este compreende uma população inscrita de 24 511 utentes, que são acompanhados nas diferentes consultas (saúde infantil, saúde materna, saúde do adulto e idoso, planeamento familiar, pé diabético, consulta do álcool),

para além de todo o trabalho desenvolvido no âmbito da saúde escolar e cuidados domiciliários.

No que se refere à consulta de HTA, em 2008, o número de utentes com 65 ou mais anos hipertensos e não controlados era muito elevado e preocupante (Tabela 6).

Tabela 6.
Hipertensos diagnosticados e controlados em 2008

Idade	Hipertensos			
	Diagnosticados		Controlados	
	H	M	H	M
< 15	0	0	0	0
15-44	151	189	100	128
45-64	727	884	467	576
≥ 65	1093	1408	665	883
Total	1971	2481	1232	1587
Total geral	4452		2819	

Como observamos, não se registam casos de HTA no grupo etário com menos de 15 anos, assumindo esta doença crónica expressão significativa nos utentes com 65 ou mais anos (2501), predominando nas mulheres (1408). Do total de utentes diagnosticados com HTA, 71,5% dos homens e 62,7% das mulheres não tinham os valores controlados.

4. IDOSOS COM HTA NA CONSULTA DE ENFERMAGEM: DESOCULTANDO SABERES DOS IDOSOS E DAS INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS – A 1ª FASE DO ESTUDO

Definido o modo de investigação e selecionado o contexto, traçamos os objetivos para a primeira fase do ciclo de investigação-ação. Os participantes, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos e as considerações éticas foram igualmente delineados.

Assim, para a realização da primeira fase da investigação, foram definidos os seguintes objetivos: 1) Caracterizar, do ponto de vista sociodemográfico e através de um conjunto de indicadores epidemiológicos, os idosos com 65 ou mais anos diagnosticados com HTA que frequentam a consulta de enfermagem, no centro de saúde; 2) Conhecer as perceções dos idosos acerca da HTA, dos fatores de risco da doença cardiovascular, dos comportamentos de risco, dos estilos de vida e da adequação do regime terapêutico prescrito; 3) Analisar as

dificuldades dos idosos com HTA no ajustamento ao regime terapêutico; 4) Identificar as intervenções de enfermagem relacionadas com as necessidades dos idosos, controlo da HTA, melhoria da saúde e qualidade de vida; 5) Identificar os eixos estruturantes da consulta de enfermagem do adulto e idoso, no centro de saúde; 6) Analisar as dificuldades percebidas pelos enfermeiros na consulta de enfermagem dirigida aos idosos com HTA.

4.1. Tipo de estudo

Tendo por base os objetivos propostos que, pela sua natureza, se encontram enquadrados no propósito de proporcionar aprofundado conhecimento da problemática, com vista a torná-la mais explícita, permitindo uma descrição detalhada das suas características, foi desenvolvido um estudo do tipo exploratório e descritivo (Fortin et al., 2009) que privilegiou o contexto onde os indivíduos constroem a sua realidade social, visando obter a informação necessária sobre a problemática a investigar. Este tipo de estudo possibilitou o conhecimento e a descrição do fenómeno, tal como ele se apresenta e o modo como se manifesta, bem como a identificação de fatores com os quais se relaciona (Polit & Hungler, 1995), recorrendo, para isso, às duas dimensões, quantitativa e qualitativa, acrescentando profundidade, rigor e capacidade explicativa do fenómeno em estudo (Denzin & Lincoln, 2000).

4.2. Participantes

A amostra foi constituída por dois grupos distintos de participantes: o grupo A – idosos com 65 ou mais anos, inscritos na consulta de enfermagem do adulto e idoso hipertenso do centro de saúde em estudo e em regime de tratamento ambulatorio. Para este grupo foram definidos ainda os seguintes critérios de inclusão na amostra: *i*) não estar institucionalizado; *ii*) estar medicado com terapêutica anti-hipertensiva; *iii*) aceitar, de forma livre, esclarecida e voluntária, a participação no estudo; o grupo B – enfermeiros do centro de saúde que desenvolviam a consulta de enfermagem com os idosos e que estavam disponíveis para integrar o grupo, nesta investigação.

Participaram, na dimensão quantitativa deste estudo, 250 idosos e, destes, 31 participaram também na dimensão qualitativa. Dos 18 enfermeiros que constituíam a equipa de enfermagem no momento (início da investigação), 13 aceitaram participar nas entrevistas

semi-estruturadas que foram realizadas, excluindo a enfermeira chefe, três enfermeiros que não realizavam esta consulta com os idosos e uma enfermeira que se encontrava ausente por licença de maternidade.

4.3. Instrumentos de recolha de dados

Para a obtenção dos dados, utilizámos instrumentos que nos permitiram a recolha da informação mais adequada a cada uma das dimensões neste tipo de estudo (quantitativa e qualitativa). Assim:

a) Na dimensão quantitativa do estudo

Optámos pelo inquérito estruturado (formulário), (*Anexo 2*) também designado de entrevista dirigida (Fortin et al., 2009), ou inquérito por questionário de administração indireta (Pocinho, 2012), uma vez que é totalmente preenchido pelo investigador a partir das respostas fornecidas pelos idosos. Este instrumento foi construído e estruturado em quatro partes distintas, contemplando um conjunto de variáveis independentes que podem comportar-se como possíveis fatores de risco ou agravantes da HTA. A primeira parte diz respeito à caracterização social e demográfica dos idosos, agrupando *variáveis sociodemográficas* (idade, sexo, proveniência, atividade, situação habitacional, estado civil, conviventes diários e classe social – escala de Graffar), integrando um conjunto de questões com respostas pré-defenidas. Esta escala (Graffar, 1956), baseia-se no estudo de características sociais da família, num conjunto de cinco critérios: profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro habitado (*Anexo 2*). Numa primeira fase, atribui-se a cada família observada uma pontuação para cada um dos cinco critérios enumerados e, numa segunda fase, com a soma dessas pontuações, obtém-se o escalão que a família ocupa na sociedade: *i*) Classe I - classe alta – valores entre 5 a 9; *ii*) Classe II – classe média alta – valores entre 10 a 13; *iii*) Classe III – classe média – valores entre 14 a 17; *iv*) Classe IV – classe média baixa – valores entre 18 a 21; *v*) e Classe V – classe baixa – valores entre 22 a 25.

A segunda parte deste inquérito, agregou um conjunto de parâmetros objetivos de avaliação, *variáveis clínicas e antropométricas* (TA sistólica e TA diastólica, peso corporal, altura, IMC, colesterol total, colesterol HDL e risco global cardiovascular). A terceira parte, integrou um

conjunto de questões com respostas pré-definidas e questões sobre hábitos e estilos de vida relacionados com a HTA, *variáveis comportamentais* (tabaco, álcool, hábitos alimentares, exercício físico) e, finalmente, a quarta parte, integrou duas questões sobre antecedentes familiares de doença cardíaca e outras morbilidades diagnosticadas para além da HTA e ainda uma escala de determinação do grau de *adesão aos tratamentos* (MAT) de Delgado e Lima (2001).

A escala MAT, de Delgado e Lima (2001), é um instrumento que permite detetar o nível de adesão aos medicamentos prescritos, validada por estes autores para a população portuguesa e baseada na medida de adesão apresentada por Morisky, Green e Levine (1986). É composta por sete itens com uma escala de likert de seis pontos (que varia de sempre =1 a nunca =6), referentes à terapêutica farmacológica, para determinação do grau de adesão. Como referem os autores, se bem que a utilização de uma medida psicométrica não explique as razões da maior ou menor adesão aos tratamentos prescritos, a deteção da não adesão constitui um pré-requisito imprescindível para um tratamento adequado, proporcionando uma atenção mais cuidada e possibilitando o delineamento de estratégias que resultem num melhor ajustamento do regime terapêutico possível ao estilo de vida de cada doente, ou levar à implementação de apropriados programas de educação para a saúde, ou a uma alteração da comunicação entre o profissional de saúde e o doente. As respostas numa escala de likert indiciam, segundo os autores, maior subtileza na deteção das diversas situações comportamentais. Assim, os itens 1, 2, 3 e 4 desta escala, foram adaptados de Morisky e cols. (1986), o item 7 foi adaptado de Shea, Misra, Ehrlich, Field e Francis (1992), e o item 6 foi adaptado de Ramalinho (1994). O nível de adesão obtém-se somando os valores de cada item, dividindo pelo número de itens. Valores mais elevados significam maior nível de adesão (Delgado & Lima, 2001), (*Anexo 2*).

Definimos HTA “quando o idoso na posição de sentado e em repouso, apresenta uma TA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou uma TA diastólica ≥ 90 mmHg” (DGS, 2004c; JNC VII, 2003).

Para a determinação do IMC, utilizámos a classificação da OMS que classifica de baixo peso $< 18,5$ Kg/m²; peso normal $\leq 18,5 - 24,9$ Kg/m²; excesso de peso $\leq 25 - 29,9$ Kg/m²; obesidade $\geq 30 - 39,9$ Kg/m²; e obesidade mórbida ≥ 40 Kg/m² (DGS, 2005b).

Para os valores analíticos do CT, considerámos o valor não desejável quando os idosos apresentavam valores analíticos ≥ 200 mg/dl, para o colesterol LDL, nos idosos diabéticos foi considerado não desejável quando ≥ 100 mg/dl e nos restantes considerou-se não desejável

quando ≥ 130 mg/dl; o colesterol HDL ≤ 50 mg/dl nos idosos do sexo feminino e HDL ≤ 40 mg/dl nos idosos do sexo masculino; e os valores de TG ≥ 150 mg/dl (DGS, 2006b, 2006c; Phipps et al., 2003).

Na determinação do risco global cardiovascular (risco absoluto¹¹), utilizamos a tabela do projeto SCORE, adotada pela DGS (2007).

Para a caracterização dos enfermeiros, recorremos a um questionário do qual constam variáveis de caracterização socioprofissional (sexo, idade, formação académica, categoria profissional e tempo de serviço no centro de saúde), (*Anexo 3*).

b) Na dimensão qualitativa do estudo

Nesta primeira fase da investigação e com o propósito de aprofundar e compreender a complexidade da experiência vivenciada, utilizamos instrumentos facilitadores desta apreensão. Optámos pela realização de entrevistas semi-estruturadas aos idosos (Grupo A), elaborando para esse efeito um guião orientador, norteado por tópicos constitutivos das suas experiências vividas, de modo a conhecermos e analisarmos as perceções dos idosos sobre a experiência de viver com a doença crónica - a HTA, identificarmos os conhecimentos dos idosos sobre a HTA e compreendermos as suas capacidades para lidar com a doença (*Anexo 4*).

Aos enfermeiros, participantes no estudo (Grupo B), foram também realizadas entrevistas semi-estruturadas, baseadas num guião orientador, de modo a compreender os saberes que dão sentido às suas intervenções, integrantes dos eixos estruturantes da consulta de enfermagem ao idoso com HTA e perceber as capacidades e as competências necessárias dos enfermeiros nas suas intervenções aos idosos com HTA (*Anexos 5*), tendo todos os participantes a liberdade de partilhar ou não o que consideravam mais pertinente relativamente às questões colocadas (Bogdan & Biklen, 1994).

As entrevistas semi-estruturadas, constituem uma estratégia de recolha de dados frequentemente utilizada na investigação qualitativa. As entrevistas possibilitam relatos de experiências dos fenómenos em estudo, tal como são vivenciados, permitindo conhecer características pessoais dos participantes. São encontros face a face, especialmente adequados na análise do sentido que os atores dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais se

¹¹ Probabilidade de ocorrência de um evento cardiovascular num determinado período de tempo.

vêm confrontados (Streubert & Carpenter, 2002). Têm como função abrir pistas de reflexão, ajudando o investigador a alargar o seu conhecimento sobre a problemática em estudo, aprofundando-a da forma mais correta possível, a partir da obtenção de informações importantes e da compreensão de perspetivas e experiências das pessoas entrevistadas (Fortin et al., 2009; Marconi & Lakatos, 2004; Quivy & Campenhoudt, 1998). Ainda, tal como referem Flick (2002) e Kvale (2006), a entrevista qualitativa permite a obtenção do significado atribuído pela pessoa entrevistada, sobre o fenómeno em estudo, interessando a apreensão desse sentido para chegar à compreensão da realidade.

É importante a escolha do local e o momento para a sua realização, para se conseguir o máximo de informação possível. O guião serve para orientar o investigador e recordar os temas a tratar, podendo ocorrer outras perguntas complementares durante a entrevista para conseguir informação útil (Flick, 2002).

Das principais vantagens da entrevista, Urosa Sanz (2002) destaca o facto desta: *i*) possibilitar o aprofundamento de aspetos específicos, através de perguntas complementares de acordo com o desenrolar da entrevista e não contemplados previamente; *ii*) motivar o entrevistado a desenvolver melhor as respostas; *iii*) permitir uma observação do participante valorizando atitudes e disponibilidades; *iv*) aplicar-se a grupos sociais com níveis baixos ou nulos de escrita e leitura; *v*) se tratar de uma técnica muito apropriada para explorar o campo, quando não existem conhecimentos prévios sobre o problema da investigação.

4.4. Procedimentos

A seleção do centro de saúde teve em consideração a situação geográfica e a sua área de intervenção, bem como a dinâmica de trabalho, a abertura a novos projetos e o conhecimento que tínhamos da equipa de enfermagem. Dois momentos de encontro e de reunião com os enfermeiros, com a enfermeira chefe e a enfermeira supervisora e vogal do Conselho Clínico do ACES, precederam o seu início, após obtenção da autorização para a realização da investigação.

a) Na recolha dos dados

Considerando os objetivos delineados para esta fase do estudo, optámos pela conjugação de várias técnicas de recolha de dados, de forma a permitir-nos uma análise e identificação

efetiva das vivências e das necessidades dos idosos face ao controlo da HTA e das práticas dos enfermeiros, dos seus constrangimentos e dificuldades face à problemática em estudo.

De Março de 2009 até Março de 2010, procedemos, de forma sistemática e regular, à recolha de dados, através da aplicação dos instrumentos selecionados aos idosos da consulta de HTA e aos enfermeiros, participantes no estudo.

Semanalmente e durante um dia de trabalho, deslocámo-nos ao centro de saúde e procedemos à recolha de dados, de acordo com os critérios de inclusão gizados. Estabelecia-se um primeiro contacto, através da enfermeira da consulta, e depois de explicado o estudo e os seus objetivos e pedido a sua colaboração e o consentimento informado (*Anexo 6*), eram preenchidos os instrumentos.

O planeamento das entrevistas exigiu a elaboração de um guião, com a ordenação das perguntas orientadoras, segundo os temas a tratar e a definição dos objetivos. O contacto com os participantes sucedia previamente à sua realização, informando-os do carácter da investigação e da importância da sua participação, assegurando a sua confidencialidade e o consentimento informado.

A entrevista com os idosos era realizada, geralmente, no tempo de espera da consulta médica e depois do contacto com a enfermeira. Ocupávamos um espaço mais reservado (um gabinete ou uma sala disponível), onde era possível realizar a entrevista sem interrupções num ambiente calmo e de cordialidade e simpatia para que a comunicação pudesse ser o mais positiva possível, sem intimidações nem tensões. Com o seu consentimento, a entrevista era integralmente registada em áudio. O tempo dispendido variava entre 30 a 40 minutos, introduzindo da nossa parte apenas pequenas observações indicadoras de interesse e utilizando algumas frases de ligação entre os assuntos.

As entrevistas com os enfermeiros decorreram de Junho a Setembro de 2009, normalmente ao final do turno da manhã, depois de realizado o trabalho agendado, ou ao início da tarde, antes de iniciarem as atividades, em data, hora e local da preferência dos enfermeiros, para que sentissem um maior controlo na sua participação, normalmente numa sala disponível, garantindo a privacidade e um ambiente tranquilo, após o seu consentimento informado (*Anexo 7*). Tentámos que este momento fosse propiciador de informação significativa, numa duração média de 45 minutos, para que os enfermeiros partilhassem connosco as suas

experiências e percepções sobre as interações e intervenções com os idosos hipertensos, expectativas, dificuldades e constrangimentos.

b) Na análise dos dados

Com o acordo expresso dos participantes, procedemos à áudio-gravação das entrevistas, permitindo-nos ouvir cada uma atentamente e posteriormente realizar a sua transcrição para um processador de texto e desenvolver a análise de conteúdo, recorrendo ao programa informático NVivo 8. Este trabalho de escrita, audição e de leituras sucessivas, permitiu-nos uma identificação dos temas e das categorias mais significativas que emergiram dos discursos dos idosos e dos enfermeiros.

Utilizámos a técnica de análise de conteúdo que, de acordo com Bardin (2011), Amado (2000) e Vala (1989), é uma das técnicas mais comuns utilizada nas diferentes ciências sociais e humanas. Permite a descrição sistemática dos conteúdos das mensagens e análise das condições de produção das mesmas, sendo possível fazer inferências dos dados para os seus contextos. Várias leituras sucessivas, minuciosas, documento a documento, foram efetuadas, a fim de possibilitar uma inventariação dos temas relevantes do conjunto. Após um trabalho exploratório sobre o corpus de análise, constituído por todos os documentos resultantes das entrevistas, realizou-se uma análise temática, isto é, um processo através do qual os dados brutos são transformados e agregados em unidades que permitem uma descrição exata das características relevantes do conteúdo. Trata-se de uma fragmentação do texto e do seu sentido imediato, visível, com o objetivo de se descortinarem outros sentidos. Como refere Amado (2000), “é o esquiteamento de uma unidade de sentido que dá lugar, a outros sentidos (interpretativos)” (p.56). Foram determinadas as unidades de registo ou unidades de significação, a partir de certas palavras dos textos, palavras-chave, integradas em unidades mais alargadas, que permitiam apreender o significado exato da unidade de registo. Finalmente, a categorização que, como refere Bardin (2011), trata-se de uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e depois por reagrupamento. O quadro de categorias e subcategorias foi construído após a identificação de áreas temáticas, descrevendo o campo semântico das unidades. A categoria, e de acordo com Vala (1986), é constituída por uma palavra-chave que indica o significado central de um conceito que se pretende delimitar e por sinónimos ou indicadores que descrevem a proximidade ou a constelação semântica desse conceito. A palavra-chave que traduz a

categoria deve ser escolhida de modo a representar, com exaustividade e precisão, o sentido dos indicadores, isto é, do item ou conjunto de itens que explicitam as características da comunicação a abranger nessa mesma categoria. Foram elaboradas tabelas de significações com as unidades de registo e o indicador que as compreende, permitindo a comparação durante a sua análise.

Tivemos ainda em consideração as seis regras fundamentais para a formulação das categorias, nomeadamente: *i*) da exaustividade, devendo cada categoria abranger por completo o conjunto de unidades que se colocam sob o seu teto; *ii*) da exclusividade, em que uma unidade de registo não deve pertencer a mais do que uma categoria; *iii*) da homogeneidade, sendo que um sistema de categorias deve referir-se a um único tipo de análise, não devendo misturar-se diversos critérios de classificação; *iv*) da pertinência, em que as categorias devem ser adaptadas ao material em análise e aos objetivos da investigação; *v*) da objetividade, evitando-se a subjetividade na sua formulação, implicando uma definição sistemática dos critérios utilizados nas decisões a tomar na fase de codificação; *vi*) da produtividade, devendo o quadro de categorias oferecer a possibilidade de uma análise adequada e coerente com os dados (Bardin, 2011).

Relativamente aos dados quantitativos, recorreremos ao programa informático *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 19.0, para a construção da base de dados e tratamento estatístico, descritivo e inferencial. Procedemos inicialmente à exploração dos dados através da estatística descritiva, com o objetivo de caracterizar os idosos da amostra, relativamente às variáveis sociais e demográficas, de avaliação clínica e antropométrica e comportamentais, recorrendo às medidas de frequência, de tendência central e de dispersão, consideradas mais pertinentes para cada situação. Na análise inferencial, recorreremos ao teste não paramétrico X^2 para testarmos a relação entre variáveis nominais e utilizámos a estatística paramétrica nas variáveis que apresentaram uma distribuição normal. Nestas, utilizámos o teste *t de Student* para amostras independentes, quando as variáveis apresentavam duas categorias, o teste *F One-Way Anova* nas variáveis com mais de duas categorias e ainda na comparação de médias o teste *Post Hoc de Scheffe*. Quando comparámos a relação entre duas variáveis contínuas utilizámos a correlação de *Pearson*. O significado das diferenças e das associações entre as variáveis tiveram como referência o nível de significância de 5%, ou seja, foi considerado o resultado com significado estatístico quando a probabilidade (valor de *p*) calculada das diferenças não devidas ao acaso, fosse inferior a 0,05, com valor muito

significado estatístico, quando $p < 0,001$ e muitíssimo significativo quando $p < 0,000$ (Pereira, 2003; Pestana & Gageiro, 2005).

4.5. Considerações éticas

Toda a investigação exige cuidados éticos, mas quando envolve seres humanos essa responsabilidade fica aumentada. Na persecução da aquisição de conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado. No dizer de Fortin, Prud'Homme-Brisson e Coutu-Wakulczyk (2003), esse limite refere-se ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano. Aspetos da intimidade e da subjetividade estarão envolvidos, pelo que deverão ser sempre assegurados certos princípios básicos. A confidencialidade foi respeitada bem como foi obtido o consentimento informado, livre e esclarecido, assegurando o respeito e a dignidade de todos os participantes. Os princípios éticos, da não maleficência, autonomia, beneficência e justiça, orientaram este trabalho de investigação. Foi garantida a livre escolha da participação dos idosos e familiares, sem correrem riscos acrescidos, podendo deixar de participar a todo o momento, se assim o entendessem, sem que daí resultasse qualquer dano. Tratando-se de um estudo de natureza qualitativa e do âmbito da investigação-ação, Carpenter (2002) e Fortin e cols. (2003) realçam aspetos que mereceram particular atenção e que foram também considerados. O consentimento informado da equipa de enfermagem, exigiu que fosse facultada informação suficiente para ajudar a decidir se desejavam fazer parte da investigação, comprometendo-se em levar avante o projeto em todas as suas fases. Por outro lado, as estratégias de recolha de dados qualitativos que conduzem normalmente a uma relação próxima e pessoal do investigador com os participantes, exigiu que mantivéssemos uma preocupação genuína no seu bem-estar, possibilitando-lhes o tempo necessário para a expressão de vivências e sentimentos, com um cuidado permanente de não incluir quebras de confidencialidade.

Foi realizado o pedido formal ao coordenador da Sub-Região de Saúde de Vila Real para a realização do estudo, que mereceu parecer favorável (*Anexo 8*).

Foi solicitada e concedida a autorização para utilização dos instrumentos de recolha de dados quantitativos aos autores da escala MAT (*Anexo 9*).

4.6. Resultados e análise da informação recolhida

Os resultados e a análise da informação obtida, quantitativa e qualitativa, sobre e dos idosos, atrás já designado grupo A, é apresentada inicialmente, seguindo-se uma descrição breve de caracterização sócioprofissional dos enfermeiros e a apresentação e análise dos achados resultantes das entrevistas realizadas a estes profissionais, designado Grupo B.

- **Grupo A - Idosos**

A) Caracterização sóciodemográfica e epidemiológica dos idosos com HTA

Relativamente à caracterização sociodemográfica dos idosos, conforme se pode observar na Tabela 7, a amostra foi constituída por 250 idosos com HTA, maioritariamente mulheres (62,4%, n=156), sendo 37,6% (n=94) do sexo masculino. Com idades compreendidas entre os 65 e 95 anos, os idosos que apresentaram idades entre os 65 e 74 anos representaram 58,8% da amostra, designados “idosos jovens” e os “idosos” que apresentaram idades entre os 75 e os 84 anos representaram 36%. Idosos com HTA que já alcançaram a oitava década de vida corresponderam a 5,2% (n=13), designados por “muito idosos” (>85 anos). Quanto ao estado civil, maioritariamente casados (66%, n=165), sendo 30,4% (n=76) viúvos e ainda oito idosos que eram solteiros (3,2%). Os idosos provenientes do meio rural representaram 63,6% do total da nossa amostra, correspondendo os restantes (36,4%) a uma proveniência do meio urbano. A maioria destes idosos vive em casa própria (93,2%), com o cônjuge (59,2%) ou sozinhos (22,4%). Como era expectável, estes idosos encontravam-se todos em situação de reforma, tendo exercido profissões de carácter manual ou não especializado (agricultura, construção civil, ajudantes ou empregados), com o ensino primário completo (4 anos de escolaridade) ou até incompleto ou nulo, resultando fontes precárias de rendimentos, habitando casas modestas, com condições de iluminação e arejamento, com cozinha e casa de banho, integrando-se, na sua maioria, numa classe média baixa (53,6%) e classe baixa (32,8%), traduzindo um nível social e económico baixo (Graffar). Segundo o INE (2011), relativamente às condições de habitabilidade do alojamento da população portuguesa, refere que melhoraram significativamente. As infra-estruturas básicas, como água canalizada, esgotos e casa de banho, com banho e duche, estão hoje presentes em praticamente todos os alojamentos.

Tabela 7.
Caracterização sociodemográfica dos idosos

Variáveis	Itens	Nº	%
<i>Sexo</i>	Masculino	94	37,6
	Feminino	156	62,4
Grupo etário:			
<i>Idosos jovens</i>	65 – 74	147	58,8
<i>Idosos</i>	75 - 84	90	36,0
<i>Muito idosos</i>	85 - 95	13	5,2
<i>Proveniência</i>	Rural	159	63,6
	Urbana	91	36,4
<i>Estado civil</i>	Solteiro/a	8	3,2
	Casado/a	165	66,0
	Viúvo/a	76	30,4
	União de facto	1	0,4
<i>Situação habitacional</i>	Vive em casa própria	233	93,2
	Vive em casa de familiares	16	6,4
	Outra (hotel)	1	0,4
<i>Conviventes diários</i>	Sozinho/a	56	22,4
	Com o cônjuge	148	59,2
	Com o cônjuge e familiares	17	6,8
	Com familiares	28	11,2
	Outro (empregada)	1	0,4
<i>Classe social/Graffar</i>	Classe média alta	8	3,2
	Classe média	26	10,4
	Classe média baixa	134	53,6
	Classe baixa	82	32,8

Como podemos observar na Tabela 8, a média de idade dos idosos inquiridos foi de 74 anos (DP=6,00), do peso corporal 71,8 Kg (DP=13,90), do IMC de 29 Kg/m² (DP=4,60), e as médias da TA (mmHg) sistólica e diastólica foram 145,5 (DP=19,20) e 74,4 (12,30), respetivamente, sendo os valores médios do CT (mg/dl) de 201 (DP=39,20), apurando-se valores elevados, não desejáveis, de TA sistólica, TA diastólica, CT e IMC.

Tabela 8.
Características e valores antropométricos, TA sistólica e TA diastólica e CT dos idosos

Variável	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade (anos)	65	95	74	6,00
Peso corporal (Kg)	44	118	71,8	13,90
Altura (m)	1,28	1,84	1,57	0,08
IMC (Kg/m ²)	19	47	29,0	4,60
TA sistólica (mmHg)	90	225	145,5	19,20
TA diastólica (mmHg)	40	119	74,4	12,30
Colesterol total (mg/dl)	106	332	201	39,20

A TA sistólica apresentou valores ≥ 140 mmHg, em 69,6% dos idosos questionados, enquanto a TA diastólica apresentou valores ≤ 90 mmHg em 88,4% (Figuras 11 e 12).

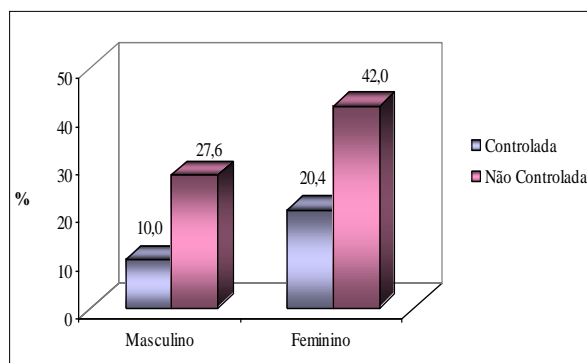


Figura 11. TA sistólica segundo o sexo

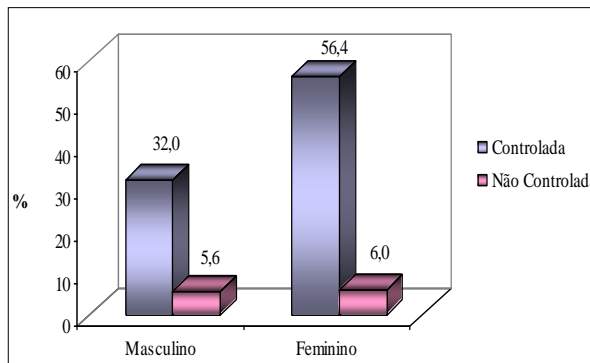


Figura 12. TA diastólica segundo o sexo

Não se verificaram relações estatísticas significativas entre TA sistólica e sexo ($t(248)=0,30$; $p=0,77$) e TA diastólica e sexo ($t(248)=0,89$; $p=0,37$), o que nos sugere que a HTA surge nas idades mais avançadas, com elevada incidência tanto nos homens como nas mulheres. Macedo e cols. (2005), Carmona (2002), Sargento (2011), referem que com o aumento da longevidade, a HTA sistólica isolada é a forma de HTA mais frequente no idoso e que confere maior risco cardiovascular.

Estes resultados são concordantes com outros estudos, confirmando que a HTA mais frequente nas pessoas com 65 ou mais anos é a HTA sistólica isolada (DGS, 2004c; Weir, 2010; Wilkinson et al., 2003). Segundo Ramos e Miranda (1999), esta situação clínica aumenta de duas a quatro vezes o risco de EAM, hipertrofia do ventrículo esquerdo e AVC, isto é, aumenta o risco de AVC em cerca de 60% e de doença coronária em 40% (Wilkinson et al., 2003).

Podemos ainda observar na Tabela 9 como se distribuíram os valores da TA sistólica e TA diastólica dos idosos inquiridos, destacando-se os valores mais elevados da HTA sistólica isolada (59,2%; $n= 148$), como já tinha sido observado, bem como os valores elevados que se observaram de HTA grau 1, 2 e 3.

Tabela 9.

Classificação dos valores da TA sistólica e TA diastólica dos idosos

Tensão Arterial	Categoria (mmHg)	N= 250 (100%)	Categoria (mmHg)	N= 250 (100%)
Ótima	< 120	17 (6,8%)	e < 80	60 (24%)
Normal	120 - 129	30 (12%)	e/ou 80 - 84	10 (4%)
Normal Alta	130 - 139	27 (10,8%)	e/ou 85 - 89	3 (1,2%)
HTA Grau 1	140 - 159	11 (4,4%)	e/ou 90 - 99	20 (8%)
HTA Grau 2	160 - 179	14 (5,6%)	e/ou 100 - 109	7 (2,8%)
HTA Grau 3	≥ 180	3 (1,2%)	e/ou ≥ 110	2 (0,8%)
HTA sist. isolada	≥ 140	148 (59,2%)	e < 90	148 (59,2%)

Sabendo que a HTA sistólica isolada deve ser classificada (grau 1, 2 ou 3) de acordo com os valores da TA sistólica nos intervalos indicados, desde que os valores diastólicos sejam < 90 mmHg, podemos observar na Tabela 10 que estes valores se situaram maioritariamente no grau 1 da HTA sistólica isolada (74,3%), podendo significar um risco cardiovascular global, moderado, alto ou muito alto, se existirem outros fatores de risco, como referem as recomendações conjuntas da Sociedade Europeia de Cardiologia/Sociedade Europeia de Hipertensão (2007).

Tabela 10.

Classificação dos valores da HTA sistólica isolada nos idosos

TA sistólica ≥ 140 e TA diastólica < 90 (mmHg)	N = 148 (100%)
Grau 1 (140 - 159)	110 (74,3%)
Grau 2 (160 - 179)	33 (22,3%)
Grau 3 (≥ 180)	5 (3,4%)

Quanto ao IMC apresentado pelos idosos da nossa amostra e segundo o sexo, o excesso de peso e a obesidade, apresentaram valores de 43,6% e 39,6%, respetivamente (Tabela 11), registando-se ainda 6 casos de obesidade mórbida ($IMC \geq 40 \text{Kg/m}^2$), valores verdadeiramente preocupantes, fator de risco agravante da HTA e da doença cardiovascular nos idosos.

Tabela 11.

Classificação do IMC (Kg/m²) dos idosos, segundo o sexo

Estado nutricional	Masculino (%)	Feminino (%)	Total (%)
Baixo peso	—	—	—
Peso normal	11 (11,7)	25 (16,0)	36 (14,4)
Excesso de peso	39 (41,5)	70 (44,9)	109 (43,6)
Obesidade	40 (42,5)	59 (37,8)	99 (39,6)
Obesidade mórbida	4 (4,3)	2 (1,3)	6 (2,4)
Total	94 (100)	156 (100)	250 (100)

Podemos ainda observar que não se verificaram correlações estatisticamente significativas (*R de Pearson*), embora positivas, entre TA sistólica e IMC ($r=0,084$; $p=0,185$); TA sistólica e CT ($r=0,028$; $p=0,662$) e TA sistólica e PC ($r=0,049$; $p=0,442$), respetivamente. Confrontando estes resultados com outro estudo de Martins, Guedes, Teixeira, Lopes e Araújo (2009), verifica-se igualmente que existiu uma predominância (80%) de indivíduos com padrões elevados de excesso de peso e obesidade, com IMC médio de 29,12 Kg/m², concordante com dados de outras investigações (Faulhaber, 2008; Pérez & Unanua, 2003). Entre a obesidade e a HTA existe uma estreita associação, sendo que a própria distribuição da gordura ao nível da cintura abdominal, se associa a níveis de TA mais elevados (Martín Zurro & Cano Pérez, 1994). Verificamos também que no estudo de Kumpel e cols. (2011), 49,6% da população apresentou excesso de peso/obesidade, com associação estatística entre obesidade e perímetro abdominal e HTA ($p<0,05$). Como refere Carmo (2008), a obesidade constituirá um dos maiores problemas de saúde deste século. A prevalência crescente da obesidade nos idosos com HTA pressupõe o aumento de ocorrências de complicações e problemas de saúde acrescidos (diabetes, HTA e doenças cardiovasculares), bem como custos aumentados com a saúde no futuro (PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute, 2010).

Sem dúvida que o excesso de peso e a obesidade são sempre devidos a uma acumulação de gordura resultante de um excesso calórico ingerido quando comparado com a energia dispendida (DGS, 2005b). No entanto, Carmo (2008) refere que tem ganho importância a noção de terreno genético ou vulnerabilidade à medida que se vão conhecendo mais genes determinantes da ocorrência de obesidade, ou seja, as duas condições, alimentação hipercalórica e sedentarismo, são comuns a toda a gente, mas uma parte das pessoas é mais vulnerável que outra. Desde meados do século XX que se tem vindo a perceber que a associação entre a obesidade e o risco de morbilidade e mortalidade depende da localização

da gordura, concluindo-se que é a gordura de localização peri-visceral, abdominal, aquela que conduz a maior risco (Carmo, 2008; Moreira & Horie, 2008).

No que respeita ao hábito tabágico, a maioria (98%) dos idosos ou nunca foi fumador ou, embora referissem ter fumado na idade jovem e adulta, deixaram de fumar há mais de cinco anos (12,8%). Cinco idosos ainda são consumidores de tabaco, fumando dois a cinco cigarros por dia.

Relativamente ao consumo de álcool, 56,4% dos idosos referiu não consumir bebidas alcoólicas, 43,6% referiu beber às refeições (almoço e jantar) e 8 idosos (3,2%) bebem também nos intervalos das refeições, sendo o vinho a bebida mais ingerida pela totalidade dos idosos que bebem.

Ainda que não tenha sido possível definir um padrão alimentar dos idosos inquiridos, observamos dietas não adequadas à sua situação de idosos com HTA (excesso de gorduras saturadas e sal). Cerca de metade dos idosos inquiridos (50,8%; n= 127) não costuma cear, fazendo apenas quatro refeições diárias: pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar e 25,2% (n= 63) também não lancha, pelo que durante o dia fazem apenas três refeições: pequeno almoço, almoço e jantar, variando o número de refeições diárias entre o valor mínimo de duas refeições – almoço e jantar (1,6%; n=4) e o valor máximo de cinco refeições (22,4%; n=56). Dados fornecidos pela Fundação Portuguesa de Cardiologia sobre o perfil lipídico da população portuguesa, apontam para uma parte considerável da população (68,5%) apresentar um risco moderado para a doença cardiovascular (CT \geq 190 mg/dl) e cerca de 23,4% apresentar um risco elevado (CT \geq 240 mg/dl), conforme o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (DGS, 2004d), fator agravante no controlo da HTA. Também no estudo de Figueiredo e Asakura (2010), se observou que a principal dificuldade no tratamento da HTA relatada pelos participantes é a adoção de uma dieta hipossódica, concluindo que a mudança para um padrão alimentar mais adequado para o tratamento da HTA é um processo que requer bastante esforço e colaboração de todos.

Como sabemos, a alimentação é, assumidamente, uma das atividades de grande significado social e é fundamental para a saúde, independência, qualidade de vida e bem-estar, pois, como refere Pereira (2011), uma alimentação desequilibrada, por hábitos menos saudáveis profundamente enraizados, poderão traduzir-se num aumento de fragilidade e propensão para

as doenças crónicas e degenerativas (HTA, diabetes mellitus, doenças osteoarticulares, entre outras) e aumento da prevalência de depressão e demência.

Nas sociedades ocidentais, a combinação entre obesidade e sarcopenia (redução da massa muscular, com diminuição da funcionalidade) estão a aumentar, sendo ambas caracterizadas por um aumento da massa gorda corporal, constituindo um potente fator de risco para o aparecimento ou progressão de doenças, como a HTA, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares (Pereira, 2011).

Sobre a atividade física relacionada com as diversas tarefas diárias, cerca de metade dos idosos (50,8%), realizam uma atividade moderada, relacionada com as tarefas da lida da casa, das compras, cuidar do jardim, cuidar dos animais de capoeira, embora também se verifique que outros idosos realizam uma atividade mais intensa (26,4%), como o cultivo das terras, da vinha, da horta, verificando-se uma relação estatisticamente muitíssimo significativa entre o sexo e a atividade ($X^2=174,657$ $p=0.000$); a atividade moderada é predominantemente feminina (49,2%) e a atividade intensa é masculina (26%), (Figuras 13 e 14). Também verificamos que esta atividade diária mais intensa e moderada é sobretudo realizada pelos idosos mais jovens (65-75 anos).

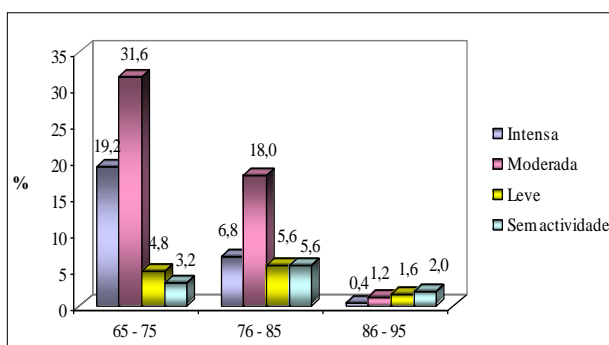


Figura 13. Atividade física segundo o grupo etário

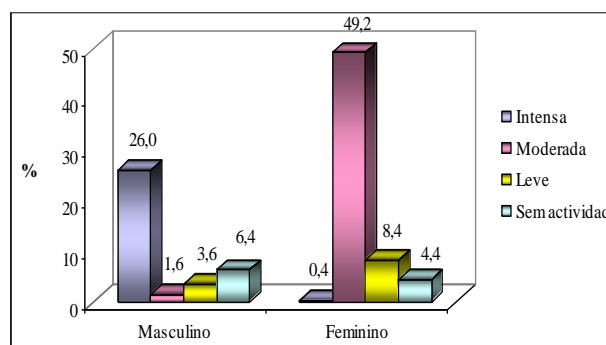


Figura 14. Atividade física segundo o género

Foi também analisada a relação entre a atividade física e a idade dos idosos, através do teste F de *One-Way Anova*, permitindo verificar que existe uma diferença muitíssimo significativa ($F(3;246) = 11,35; p=0,000$), entre os grupos de atividade física de acordo com a idade.

O teste *Post Hoc de Scheffe* situou as diferenças entre os grupos de atividade intensa, atividade leve e sem atividade, revelando que à medida que a idade dos idosos avança, diminui a sua atividade física.

Já quanto à prática de exercício físico, 54,8% dos idosos não pratica qualquer tipo de exercício físico. Das razões apontadas, salientaram-se as limitações físicas (28%), como as dores osteoarticulares, próteses do joelho ou da anca, ou realizarem atividades diárias (20%) e, por isso, não encontrarem disponibilidade pessoal para o exercício físico e ainda a desmotivação (6,8%). Estes resultados sugerem-nos que a prática regular de exercício físico, como o caminhar, não é uma atividade incluída nas rotinas diárias para a maioria dos idosos questionados, concordante com dados do Observatório Nacional da Actividade Física do Instituto de Desporto de Portugal, em que mais de metade da população com 65 ou mais anos (55% dos homens e 72% das mulheres) não é suficientemente ativa (Baptista et al., 2011). A prática de exercício físico moderado e regular (caminhar durante 30 minutos, todos os dias da semana), é da maior importância, podendo condicionar, entre outros benefícios, uma diminuição dos valores da TA nas 24 horas seguintes e uma melhoria da distensibilidade vascular que pode modificar os mecanismos hipertensinogénicos (Carmona, 2002). Para além disso, ajuda a controlar os desvios metabólicos, frequentemente encontrados nos idosos com HTA, como a diabetes, aliviando ao mesmo tempo o stresse emocional (Guedes et al., 2005).

Outros fatores como a idade avançada, o baixo nível socioeconómico e a baixa escolaridade, são citados como importantes características de idosos com HTA. As diferenças sociais e económicas desempenham um importante papel nas condições de saúde, pois daí decorrem outros fatores, como o grau de informação, o acesso aos serviços de saúde, a compreensão da situação de saúde e de doença e ainda a adesão ao tratamento, não só farmacológico mas também não farmacológico (Martins et al., 2009).

No que se refere a antecedentes familiares de HTA e/ou doenças cardiovasculares, verificámos que 46% (n=115) dos idosos referiu situações familiares de morbilidade e mortalidade relacionada com estas patologias, reconhecendo que a hereditariedade tem uma expressão significativa nesta doença crónica.

Questionados sobre outros problemas de saúde para além da HTA, apenas oito idosos (3,2%), referiram não ter outras doenças. Como podemos observar na Tabela 12, as dislipidemias (52,8%), a diabetes mellitus (32,8%) e as doenças osteoarticulares (26,8%), constituíram os diagnósticos médicos mais referidos, com grande expressividade, seguindo-se as doenças do aparelho cardiocirculatório (24%), do aparelho digestivo (11,6%) e do aparelho respiratório (5,2%). De salientar as dislipidemias e a diabetes que, conjuntamente com a HTA, contribuem para o agravamento do risco global cardiovascular.

Tabela 12.
Morbilidade referenciadas pelos idosos

Diagnósticos médicos	Frequência n (%)
Dislipidemias	132 (52,8%)
Diabetes	82 (32,8%)
Doenças osteoarticulares	67 (26,8%)
Doenças vasculares	60 (24%)
Doenças do aparelho digestivo	29 (11,6%)
Doenças do aparelho respiratório	13 (5,2%)
Outras	26 (10,4%)

Como refere Carvalho (2011), o controlo da HTA será um dos aspetos mais relevantes do combate ao flagelo da doença cardiovascular e que relativamente ao momento do aparecimento de diabetes, muitos dos diabéticos já são hipertensos, pelo que a maioria das recomendações internacionais sugere que o controlo tensional nos diabéticos deverá ter como valor alvo 130/80 mmHg.

No que se refere à avaliação do risco global cardiovascular, recorrendo à tabela SCORE (DGS, 2007), verificámos que 44% dos idosos apresentaram alto risco de ocorrer evento cardiovascular fatal a 10 anos, conforme ilustra a Tabela 13.

Constata-se que mais homens idosos apresentaram alto risco cardiovascular (63,8%; n=94), em relação às mulheres idosas, verificando-se que 68% (n= 156) apresentou baixo risco. No entanto, no nível máximo de alto risco ($\geq 15\%$), mais mulheres (nove) apresentaram alto risco em relação aos homens (dois).

Tabela 13.

Avaliação do risco global cardiovascular dos idosos

SCORE	Risco a 10 anos de doenças cardiovasculares		Total (N= 250)
	Feminino n=156 (%)	Masculino n=94 (%)	
Baixo Risco:			
< 1%	-	-	-
1%	15 (9,6%)	-	15 (6%)
2%	54 (34,6%)	34 (36,2%)	54 (21,6%)
3% - 4%	37 (23,7%)		71 (28,4%)
Sub-Total	106 (67,9%)	34 (36,2%)	140 (56%)
Alto Risco:			
5% - 9%	35 (22,5%)	44 (46,8%)	79 (31,6%)
10% - 14%	6 (3,8%)	14 (14,9%)	20 (8%)
≥ 15%	9 (5,8%)	2 (2,1%)	11 (4,4%)
Sub-Total	50 (32,1%)	60 (63,8%)	110 (44%)

Num outro estudo em que foi avaliado o risco global cardiovascular numa amostra de doentes hipertensos num centro de saúde (Soares & Mendes, 2008), verificou-se que 38,93% dos doentes hipertensos apresentava alto risco cardiovascular, referindo ainda que a 31,43% dos doentes não foi possível avaliar o risco cardiovascular por não estarem disponíveis todos os parâmetros necessários (tabaco, TA, CT), sugerindo que o valor real seria provavelmente superior. Fazendo referência à elevada prevalência da HTA na população portuguesa, as autoras salientam a necessidade de implementar novos protocolos de vigilância, visto ser a HTA uma das principais causas de mortalidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos pela população portuguesa.

Quanto aos resultados da escala MAT, 96,4% dos idosos aderiam à terapêutica farmacológica da HTA. Apenas 7 (3,6%) idosos apresentaram não adesão, relacionada pelos efeitos secundários da medicação e intolerância, pelo que para estes idosos, os medicamentos prescritos são um cuidado diário no controlo da HTA.

Da análise aos resultados apresentados, é de realçar que estes idosos, mesmo medicados com anti-hipertensivos e com um nível elevado de adesão aos medicamentos prescritos, na sua maioria, apresentaram valores de TA sistólica ≥ 140 mmHg (69,6%), excesso de peso e obesidade (83,2%) e reduzida prática de exercício físico (54,8%), resultados que são concordantes com outros estudos realizados a nível nacional. Outro estudo de Perdigão, Duarte, Rocha e Santos (2009) revelou que a prevalência da HTA na população portuguesa com mais de 40 anos é de 23,5%, aumentando progressivamente com a idade, sendo máxima na faixa etária dos 70 aos 79 anos, com maior prevalência nas mulheres e inversamente

proporcional ao nível de escolaridade, encontrando-se associada à obesidade e mais elevada nos indivíduos que não praticam exercício físico. Os autores referem ainda que a HTA nos idosos está na ordem do dia, continuando a ser motivo de discussão sobre a melhor forma da sua abordagem. Resultados do estudo HYVET (*Hypertension in Very Elderly Trial*), especialmente realizado para avaliar o impacto da terapêutica anti-hipertensiva em doentes muito idosos, indicam uma redução do AVC, da insuficiência cardíaca e da mortalidade, influenciando as recentes recomendações para a utilização de terapêutica anti-hipertensiva nos doentes mais idosos.

Na continuidade desta análise, os dados resultantes das entrevistas permitiram-nos obter percepções dos idosos sobre as experiências de transição saúde/doença - HTA, identificar conhecimentos e saberes relacionados com a HTA e compreender as suas capacidades face à doença crónica, permitindo-nos um conhecimento mais aprofundado e global do fenómeno em estudo.

B) As percepções dos idosos sobre a identidade da doença

Foi relevante a dificuldade destes idosos em determinar o momento em que foram confrontados com esta doença crónica. Especificamente para estes idosos, a incerteza foi constante, resultante da imprevisibilidade e inexistência de sintomas ou incapacidades que pudessem situar o seu início.

“Quando vim ao médico, a tensão é que começou a comprovar que estava alta. Nunca senti nada.”
(H1)

“Foi aqui, mediram a tensão. Não sentia nada, eu estava porreiro.” (H15)

“Sentia-me bem. Não sentia nada. Depois (quando soube que tinha a tensão alta) comecei a tirar a tensão aqui no centro (de saúde), eu antes não tirava...” (H19)

A HTA é designada de doença “assassina silenciosa” (Pádua, 2008; Pérez & Unanua, 2003; Taylor et al., 2005), pois, frequentemente, progride sem sintomas e, gradualmente, vai deteriorando o funcionamento de órgãos até que se manifestam complicações de forma geralmente mais grave e muitas vezes irreversível. Os órgãos sobre os quais a HTA exerce a sua influência negativa são: o coração, dando origem a insuficiência cardíaca ou a doenças coronárias, como a doença isquémica e o EAM; o cérebro, sendo a complicação mais frequente o AVC que, se não provocar a morte diretamente, deixa sequelas neurológicas e

físicas mais ou menos graves e irreversíveis; e os rins, onde a HTA vai alterando o funcionamento dos nefrônios até à insuficiência renal crónica.

Outros idosos, apesar de não conseguirem dizer quando começaram a ter valores da TA mais elevados, associaram-na a alguns sinais e sintomas como as cefaleias mais ou menos intensas, tonturas ou dores no peito:

“Sim, sim, eu sinto quando tenho a tensão alta... dói-me muito a cabeça ao ter a tensão alta, dói-me muito a cabeça e caio...” (M9)

“Andava meia ‘atontada’ da cabeça, parece que se me botavam umas coisas na cabeça e vim aqui (centro de saúde) um dia e era a tensão alta.” (M13)

“Alguma dor de cabeça. Queixei-me à médica e ela disse que tinha a tensão alta.” (H25)

Segundo Brack (2009), a elevação rápida e não habitual da TA pode ocasionar o aparecimento de sintomas clássicos como as cefaleias, especialmente de manhã, localizadas na nuca ou zumbidos nos ouvidos, palpitações, fadiga anormal, hemorragia nasal. Contudo, na maioria das situações, a descoberta da HTA é fortuita, geralmente durante uma consulta, por outro motivo.

C) Causas atribuídas pelos idosos à HTA

À pergunta sobre possíveis causas que conduziram aos valores elevados da TA, os idosos atribuíram a causa, essencialmente de uma questão nervosa:

“Não sei... não posso dizer... às vezes só sendo de me enervar, os nervos trabalham um bocadito.” (H1)

“Não sei... acho que é quando me enervo um bocadinho... acho que é quando a tensão sobe mais... Para mim, acho que são os nervos.” (M9)

“O que eu acho, é que se me enervar a tensão dispara logo.” (H18)

Um dos mecanismos reguladores da TA encontra-se no sistema nervoso autónomo (simpático e parassimpático), que atua sobre o sistema cardiovascular. Da ativação do sistema nervoso simpático resulta o aumento da frequência cardíaca, o aumento da contratilidade do miocárdio e a vasoconstrição arterial, conduzindo ao aumento da TA. Está também este sistema preparado para responder perante uma situação de alarme em que o nosso coração bate mais depressa e as mãos apresentam sudorese (Pérez & Unanua, 2003). Estes idosos experienciam

a HTA como um problema de saúde que surge de situações adversas do cotidiano em que, nos momentos de maior stresse e “nervos”, os valores mostram-se mais elevados. Os acontecimentos difíceis da vida ocorrem nos discursos destes idosos de uma forma muito significativa e frequentemente são relacionados com vivências negativas, de sofrimento e de angústia que, segundo eles, agravam os valores da TA:

“O meu marido esteve três anos entrevado numa cama e enquanto eu cuidei dele nunca tive a tensão alta. Depois que ele faleceu é que eu fiquei assim... daí para cá é que eu tenho tido a tensão alta.” (M4)

“... tem a ver com muita coisa (a HTA). Eu sou uma pessoa muito triste... tem sido uma vida muito sacrificada, muito aborrecida, muito chateada....” (M13)

“Às vezes, na minha ideia... a gente quer fazer de uma maneira mas às vezes a coisa não dá. Deve ser isso (a HTA) Não corre a vida como a gente quer.” (H25)

“Foi nessa altura (que a HTA surgiu), porque eu nem comia, só chorava, fiquei muito magra porque estranhei muito a falta dele (o falecimento do marido). Era a minha companhia.” (M26).

Alterações emocionais caracterizadas por sentimentos de depressão, agitação, ansiedade, são aspetos da vida das pessoas que devem ser valorizadas na prática de enfermagem, pela sua influência direta na saúde e conseqüentemente na qualidade de vida (Costa & Nogueira, 2008).

Coleman (2000), assim como Ballone e cols. (2007), afirmam que as situações de stresse e ansiedade são importantes razões para a HTA. O organismo reage libertando catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) e corticosteroides. Essa libertação dá-se por ação direta do sistema nervoso simpático sobre as glândulas supra-renais, colocando o organismo em estado de alerta. As catecolaminas aumentadas acabam por produzir alterações em todo o organismo. Hoje, de acordo com os autores citados, os nossos corpos não estão preparados para o tipo de tensão que temos de suportar. O coração bate mais rápido, a pressão sanguínea sobe, os músculos ficam tensos, mas os problemas mantêm-se por longos períodos e o nosso corpo acaba por ser prejudicado, provocando danos ao nível dos diversos órgãos.

Outros estudos têm-se debruçado sobre a importância das características individuais e os seus efeitos na saúde em idosos. Paúl e Fonseca (2001), referem um estudo de investigação realizado ao longo de 17 anos com um grupo de 838 idosos, tendo concluído que havia influência entre a personalidade dos idosos na incidência da HTA, pois quanto maior a

estabilidade emocional, menos HTA e vice-versa. Segundo estes autores, existem elos fortes entre a mente e o corpo que ajudam a explicar porque algumas funções de natureza emocional, auxiliam ou prejudicam a evolução das doenças e a forma de lidar com elas. Ainda Watson (2002) refere que o stresse não aliviado pode levar à HTA, à doença coronária, enxaqueca e cefaleia por tensão, úlcera gástrica, doença renal, asma e mesmo o cancro, podendo estar também relacionado com a tristeza, baixa auto-estima, sensação de impotência, hospitalização e morte prematura.

Outras causas, relacionadas com as suas crenças em saúde, são atribuídas pelos idosos ao aparecimento da HTA, como ao mau funcionamento do fígado e da vesícula:

“A partir da altura que me tiraram a vesícula a tensão começou a subir, porque a tensão para mim mexe muito com o fígado. Para mim, a parte principal da tensão regular é o fígado: se regula bem a tensão anda bem, se regula mal a tensão sobe.” (H5)

Para dar sentido aos acontecimentos da vida, frequentemente tenta-se identificar causas para explicar porque algo acontece. As atribuições podem ocorrer em situações ambíguas, imprevisíveis ou incontroláveis, com efeitos na adaptação psicológica à nova situação, repercutindo-se nos comportamentos e na morbidade. As pessoas utilizam estas ideias para manter o controlo sobre as doenças que ocorrem (Redman, 2003). Assim, os idosos com um *locus* de controlo interno, atribuem o sucesso ou o fracasso de uma situação aos seus próprios esforços e capacidades e quando possuem um *locus* de controlo externo, acreditam que o que lhes acontece depende da sorte, da dificuldade ou de outras pessoas.

D) Sobre os conhecimentos dos idosos acerca da HTA

Quanto aos conhecimentos acerca da HTA, os idosos revelaram desconhecer ou possuir escassos conhecimentos sobre o que significa a TA e os seus valores elevados, sendo que as suas expressões se referem sobretudo às complicações de saúde:

“Não tenho ideia... pode dar uma coisa na cabeça....” (H1)

“Não sei... o sangue gordo, não é? As trombozes....” (M2)

“Sei quais são os riscos de uma pessoa, o AVC... ou as trombozes também e a partir daí também deve ter outro problema: é a subida da gordura....” (H5)

“Pode dar uma trombose e mais algumas coisas que dá na cabeça, não é?.” (H6)

Constituem fatores de não adesão à terapêutica, o nível de conhecimentos e de informação que os utentes demonstram acerca dos seus problemas de saúde (WHO, 2003). Se o nível de conhecimentos é insuficiente e se os idosos desconhecem porque beneficiariam se mudassem alguns comportamentos, porquê mudar? Outro estudo de Guedes e cols. (2005) concluiu que as dificuldades podem decorrer principalmente da falta de esclarecimentos pela equipa de saúde sobre a dimensão real do problema da HTA e da necessidade de manutenção adequada e permanente dos cuidados gerais e do regime terapêutico farmacológico e não farmacológico, evidenciando a importância da atuação dos profissionais de saúde no processo educativo das pessoas hipertensas, na facilitação de conhecimentos da doença e do tratamento respetivo.

E) Sobre os cuidados para controlar a HTA

Os medicamentos prescritos para a TA são referidos pelos idosos com relevância e manifesto cuidado para evitar o esquecimento, pelo que salientam a sua preocupação em cumprir esta prescrição:

“Já tomo os comprimidos para a tensão há muito tempo... tomo todos os dias, não me esqueço, isso não se pode a gente esquecer. O primeiro pão é o comprimido da tensão....” (M21)

“Tomo (os comprimidos) todos os dias para a tensão arterial... esse não me esquece.” (H6)

“Tomo os medicamentos todos os dias de manhã em jejum.” (M30)

A não adesão à terapêutica medicamentosa é um fenómeno de enfermagem identificado como um importante problema de saúde que afeta grande número de idosos com doenças crónicas, pelo que carece de uma atenção especial no plano de cuidados de enfermagem. No estudo de Henriques, Costa e Cabrita (2012), tomar medicamentos, para os idosos com doenças crónicas, é um processo complexo e dinâmico, percebido como uma consequência do seu envelhecimento que requer mudanças nas suas rotinas diárias. Sugerem que a relação com os profissionais de saúde é essencial para a gestão da medicação que tomam diariamente e as informações que recebem dos enfermeiros são muito importantes.

Relativamente aos cuidados que diariamente realizam para melhorar a HTA, no que diz respeito ao regime terapêutico não farmacológico, os idosos apesar de referirem aspetos importantes sobre a alimentação, a redução do álcool, do sal, das gorduras e a necessidade do exercício físico, revelam dificuldades em orientar o seu estilo de vida nesse sentido, emergindo dos seus discursos o que nem sempre fazem:

Acerca do exercício físico:

“...manda-me andar, caminhar todos os dias e eu, quando tenho vagar, faço isso depois de comer.... Vou dar uma voltinha.” (H1)

“Eu costumo fazer caminhadas, mas.... tem estado frio, o tempo não tem ajudado...” (M2)

A prática do exercício físico é importante para um envelhecimento saudável, mesmo numa idade mais avançada, contribuindo para melhorar e manter a independência e a qualidade de vida. Para além dos benefícios no controlo da HTA e na prevenção de outras doenças crónicas, melhora a força muscular, a coordenação motora, o equilíbrio, diminuindo o risco de quedas, melhora as funções cognitivas e mentais (DGS, 2006d).

A atividade física pode traduzir-se na participação em sessões de exercícios estruturadas, caminhadas ou atividades que proporcionem o contacto com outras pessoas, reduzindo sentimentos de solidão e exclusão social a aumentando a autoestima e confiança (DGS, 2006d).

Acerca da alimentação:

“Sabe, a gente mata o porco... o que toca a fumeiro, come-se. Não faz muito bem. O que é mais salgado é o presunto mas, eu também ligo pouco... gosto pouco de peixe, não é que não se coma, aí uma vez por semana... não ligo muito....” (H6)

O tratamento da HTA obriga a particular atenção no que se refere à implementação de medidas concomitantes de modificação do estilo de vida. A este propósito, Nazaré (2008) refere que, relativamente à realidade portuguesa, é necessário ter em conta a redução drástica do consumo de sal, pois está longe do recomendado pela OMS. Para Pérez e Unanua (2003), o problema é que, embora as medidas não farmacológicas pareçam fáceis de seguir, não é assim tão simples e são poucos os que conseguem triunfar. Muitas vezes porque não tentam...

“Eu não faço nada, como à mesma de tudo. Agora sinto-me bem e como de tudo. Olhe, as gorduras, pé de porco, orelheira, presunto, linguiças, vai tudo... a pessoa estar ali a ver os outros comer e... então até parece que me cega. Que mais dá? Também como.” (H8)

“.... Peixe como pouco. O meu pai dizia: “peixe não puxa carroça”, e eu também acho porque tenho fome daí a um bocadinho....” (M10)

“ Vem um dia diferente, vem um dia de festa, a gente adianta-se mais um bocadinho, porque um dia não faz mal e “tudo ajuda ao pau da cruz.” (H16)

“às vezes, como de tudo, um pouco de tudo.... Peixe, dá-se pouco nele, tem muitas espinhas... andar, ando pouco.” (M20)

Pérez e Unanua (2003), referem ainda que uma dieta adequada e um estilo de vida saudável podem produzir uma descida de 9 mmHg na pressão sistólica, reduzindo-se o aparecimento de trombozes e hemorragias cerebrais. Estas medidas continuam a ser necessárias mesmo quando estão prescritos fármacos, porque potenciam a sua ação, diminuem as complicações e os custos sociais e financeiros. Incluem diminuição no consumo de sal, controlo no excesso de peso, alimentação com restrição de gorduras e açúcar, exercício físico, eliminação do tabaco, moderação na ingestão de álcool, redução de excessos de café, prevenção de stresse e recurso a técnicas de relaxamento.

F) Sobre o que podiam ainda fazer para controlar a HTA

Questionados sobre o que poderiam ainda fazer para melhorar os valores da TA e melhorar a sua saúde, os idosos foram dizendo o que sabem, porque já ouviram falar, mas têm mais dificuldade em conseguir seguir essas indicações:

A redução do peso corporal:

“Não sei dizer mais nada. Estou a fazer tudo que posso. Se calhar poderia fazer mais alguma coisa... o peso... pesava 117 Kg e agora peso 108...” (H1)

Ou a diminuição do stresse e dos nervos:

“O que eu poderia fazer, era não me enervar. Andar mais calma, era isso que eu precisava...” (M9)

Ou a alimentação e a dieta:

“...se a gente deixa mesmo de comer de tudo que faz mal, a gente não aguenta, não é? Há comidas que eu vejo que me fazem mal mas, às vezes, também tenho que comer... dantes eu trabalhava muito mas também comia bem, não engordava... agora, não se faz nada e engordamos....” (H19)

Ou o que se refere ao exercício físico regular e moderado, como são as caminhadas:

“Agora que o tempo começa a melhorar, a ver se de manhã começo a dar uma voltinha...” (M29)

Ou ainda a ocupação que dá sentido à vida e promove o envelhecimento ativo e bem sucedido:

“Eu queria era ter que fazer e poder fazer.... Eu fei tanta lã, eu fiz tanta meia!”. (M30)

Não ter uma atividade ocupacional, constitui, no entender de Viegas e Gomes (2007), deixar de ser livre e dominar o seu próprio corpo, votado à inatividade e finalmente à morte, uma ideia reforçada muitas vezes por expressões populares como “parar é morrer”. A perda de autonomia é uma ideia que assusta os idosos que se sentem envelhecer.

As áreas temáticas e categorias emergentes dos discursos dos idosos, resultantes de unidades de texto mais significativas (unidades de significação), são apresentadas na Tabela 14.

Tabela 14.

Áreas temáticas e categorias emergentes dos discursos dos idosos

Temas	Categorias	Indicadores
Identidade da Doença - HTA	Sem sintomas	“não sentia nada, nada. Eu vinha aqui... e é que disseram que tinha a tensão alta.” (H16) “sentia-me bem... não sentia nada.” (H19)
	Com sintomas	“às vezes sentia... sentia tonturas.” (M2) “sentia a cabeça perturbada, doía-me e ficava meio tonto” (H18)
Causas para o aparecimento da HTA	Nervos	“às vezes só sendo de me enervar. Os nervos trabalham um bocadito.” (H1)
	Contrariedades da vida	“deve ser disso... não corre a vida como a gente quer...” (H25)
	Crenças em Saúde	“... para mim tem a ver com a retirada da vesícula.” (H5)
Conhecimentos sobre a HTA	Desconhece	“não sei... riscos..., não sei...” (H25)
	Complicações da HTA	“...pode dar uma trombose.” (M29)
Atividades diárias para o controlo da HTA	Tomar os medicamentos	“tomo os medicamentos todos os dias de manhã, em jejum” (M30)
	Comer com menos sal e gordura	“ponho sal, ponho pouco” (M 27) “evitamos as gorduras” (H16)
	Não fazer nada	“Não ligo muito” (H6)
O que poderiam ainda fazer	Caminhar mais	“a ver se de manhã começo a dar uma volta” (M29)
	Reduzir o peso	“se calhar... o peso” (H1)
	Melhorar a alimentação	“evitar... deixar de comer alguma coisa” (H8)
	Andar mais calma	“andar mais calma, era isso que eu precisava” (M9)

Os idosos entrevistados relataram como vivenciam a doença crónica - HTA, como atuam para a controlar e o que poderiam ainda fazer para manter controlados os seus valores. É de salientar a evidência dos escassos conhecimentos que possuem sobre esta doença crónica, cuja compreensão e justificação para o seu aparecimento é relacionada, com frequência, a acontecimentos da vida negativos que provocam alterações nos seus estados emocionais e causam a elevação da HTA.

- **Grupo B - Enfermeiros**

A) Caracterização socioprofissional dos enfermeiros

Dos 13 enfermeiros que participaram nesta 1ª fase da investigação, todos eles possuíam o grau de licenciatura em enfermagem, cinco dos quais possuíam formação especializada/mestrado. Apresentavam idades entre 34 e 60 anos, dos quais 10 enfermeiros com idades entre 34 e 50 anos. Todos trabalhavam naquele centro de saúde há mais de cinco anos, tratando-se de uma equipa de enfermagem jovem e com experiência de trabalho significativa em CSP, naquela instituição de saúde.

B) Sobre o agendamento da consulta do idoso hipertenso

Dos achados resultantes das entrevistas aos enfermeiros, podemos perceber que o agendamento da consulta decorre, na maior parte das situações, da consulta médica. Os idosos vêm ao centro de saúde no dia da consulta, são observados pelo médico e pelo enfermeiro que recorre a este contacto para realizar intervenções conducentes à melhor adesão do regime terapêutico prescrito:

“Infelizmente, a maior parte são consultas médicas agendadas ... aproveito e faço sempre a minha consulta.” (E1)

“... as pessoas vêm ao médico e passam pelo enfermeiro primeiro.” (E7)

“Normalmente vem agendado para uma consulta médica e nós organizamos a consulta nesse dia.” (E13)

No entanto, os enfermeiros sempre que identificam que é necessário um contacto anterior à marcação da consulta médica, realizam esse procedimento como se observa:

“... nós programamos uma vinda mais cedo, daí a uma semana, quinze dias, ou um mês, sem virem ao médico...” (E2)

“Mando vir cá passado x tempo, consoante as circunstâncias.” (E6)

“É quando nós achamos que não têm um valor controlado. Nós voltamos a agendar uma nova consulta.” (E7)

“... quando há uma alteração, programamos sem consulta médica.” (E10)

Os enfermeiros, ao realizarem este contacto (que normalmente acontece antes da consulta médica), procedem a uma avaliação de vários parâmetros clínicos que lhes permite fazer uma avaliação da necessidade de um agendamento não coincidente com a consulta médica, para um acompanhamento mais próxima no controlo da TA.

Os enfermeiros, no exercício da sua profissão e em conformidade com o seu código deontológico (artigo 81º), salvaguardam os direitos das pessoas idosas, promovendo a sua independência física, psíquica e social, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida (Lei nº 111/2009, de 16 de setembro). Assim, realizam uma avaliação das necessidades dos idosos no autocuidado, atuando em defesa da máxima capacidade e autonomia da pessoa idosa.

C) Sobre o desenvolvimento da consulta de enfermagem

Um dos eixos estruturantes desta consulta é a monitorização de parâmetros clínicos, como podemos identificar através das unidades significativas dos discursos dos enfermeiros:

“Nós avaliamos a tensão arterial e outros parâmetros.” (E7)

“Avaliamos vários parâmetros: a tensão arterial, o peso corporal, a frequência cardíaca.” (E10)

“Avalio a tensão, o pulso, o peso, às vezes a estatura.” (E12)

“Há parâmetros que são monitorizados: a tensão arterial, o peso, o índice de massa corporal...”
(E13)

A monitorização destes parâmetros permite uma avaliação das necessidades dos idosos no que se refere ao tratamento da HTA, do regime terapêutico prescrito e realizar intervenções que contribuem para o controlo da doença e previnem complicações decorrentes de possíveis agravamentos de fatores de risco.

Outro eixo estruturante desta consulta de enfermagem é a informação aos idosos que os enfermeiros disponibilizam acerca da adesão ao regime terapêutico:

“Falo da importância de beberem água, da medicação... a alimentação...” (E1)

“...tento chegar a algum consenso com os utentes sobre os aspectos que é mais necessário intervir, se no exercício físico, na medicação ou alimentação... onde eles devem melhorar.” (E5)

“Chamo sempre a atenção que não devem deixar de tomar a medicação.” (E6)

“... depois faço os ensinamentos de acordo com os valores que apresentam.” (E8)

“Alimentação, é preciso reforçar a alimentação, da medicação, do exercício físico, tento reforçar isso tudo.” (E11)

A par da avaliação de certos parâmetros vitais como a avaliação da TA, do peso corporal, do IMC, os enfermeiros adequam as informações que pretendem transmitir aos idosos, procurando motivá-los para a adesão ao regime terapêutico que inclui não só os medicamentos prescritos, como também a adequação da dieta, a importância do exercício físico, a toma dos medicamentos, etc.

Cabe também aos enfermeiros orientar, supervisionar e transmitir informação aos idosos que visem a adequação de comportamentos e a aquisição de estilos de vida mais saudáveis, acompanhando todo este processo e introduzindo os ajustamentos necessários para a qualidade de vida possível (DL nº 161/1996, de 4 de setembro).

D) Sobre os constrangimentos e dificuldades dos enfermeiros

A adesão ao regime terapêutico é a grande dificuldade referida e percebida pelos enfermeiros neste acompanhamento de pessoas idosas com HTA. Os enfermeiros revelam que o mais difícil é conseguir que os idosos cumpram o regime terapêutico prescrito:

“Há muitos que deixam terminar a medicação e não vêm à consulta e quando voltam é que reiniciam.... Andam em jejum até ao almoço, não tomam o pequeno- almoço...” (E1)

“Eles dizem a tudo, sim, sim, sim e depois não fazem nada que é o que eu penso de alguns.” (E2)

“...os hábitos alimentares que muitas vezes custa-lhes a deixar... o caminhar também lhes custa... a parte mais difícil é controlar a alimentação.” (E3)

“Estão habituados a encher o estômago e, claro, eles não fazem exercício... e depois só gostam de comer coisas doces e coisas salgadas...” (E6)

“São pessoas que têm mais dificuldade em aderir ao regime terapêutico, sobretudo na parte da alimentação.” (E8)

“Na alimentação é que é mais difícil... é à base de refogados... é mais à base de carne de porco, presunto, de enchidos que eles usam muito.” (E9)

“...As pessoas, muitas vezes não aderem... a parte da alimentação e do exercício físico, essencialmente.” (E12)

A adesão ao regime terapêutico constitui uma preocupação nas doenças crónicas, pelo que tem sido objeto de muitos estudos de investigação. Vários fatores concorrem para esta dificuldade, sendo complexa a sua abordagem. O nível de conhecimentos demonstrado pelos idosos, o nível social e económico, o isolamento social, a acessibilidade ao centro de saúde, os transportes, a comunicação com os profissionais de saúde, os medicamentos e a sua prescrição, são alguns dos aspetos mais significativos apontados pelos enfermeiros durante a entrevista:

“...têm aqueles duzentos e tal euros por mês, salvo erro, que é a reforma da maior deles e isso tem de dar para tudo... se falha a medicação, falhou, não vão comprar à farmácia....” (E1)

“E depois também a distância... aproveitam, vêm ao médico e fazem tudo. Levam x receitas, se não der até à próxima consulta, terminou.” (E1)

“Andam em jejum até ao almoço, não tomam o pequeno-almoço. O pequeno-almoço deles é o almoço. Foram assim habituados. E é muito difícil.” (E1)

Outras dificuldades foram identificadas neste contexto, relacionadas com a organização e a dinâmica de trabalho que os enfermeiros diariamente desenvolvem no centro de saúde:

“São muitos (os utentes) e é muita coisa, não são só os hipertensos e às vezes acabo por ficar um bocadinho saturada ... há sempre uma vacina, um tratamento ... de uma forma geral são muitos utentes.” (E1)

“Nós estamos tão ocupados que às vezes até queríamos falar mais um bocadinho ... queremos atendê-los e não podemos....” (E2)

“...nós não temos tempo. Temos que o despachar porque já temos mais à espera e os médicos estão-nos a pressionar ... que é para não os atrasar a eles. E por vezes também ficamos um pouco em stress por causa disso.” (E7)

“...o enfermeiro acaba por estar muito ligado ao médico ... há uma dependência muito grande é um enfermeiro para dois médicos ... são muitos utentes, isso dá alguma tensão e a disponibilidade é muito pouca.” (E8)

“Nos aqui temos muito pouco tempo, temos de dar apoio a dois médicos ... um dia que o médico tenha saúde infantil, a gente já não consegue ver nenhum doente que vem para o outro médico....” (E9)

“...nós trabalhamos com dois médicos ... e eu acabo por ficar aqui um bocadinho mais acelerada e não ter aquela calma, em termos de ensino, de hábitos alimentares. E eu, ao não ter calma, os próprios utentes também não estão com calma para ouvir, entender e interiorizar.” (E10)

E) Sobre as sugestões dos enfermeiros

Das sugestões apontadas para melhorar as intervenções de enfermagem aos idosos com HTA, os enfermeiros apontaram a visita domiciliária para os idosos que demonstram mais dificuldades:

“...podemos ir lá a casa e verificar se eles realmente compreendem bem como tomar a medicação, como fazem com as comidas, se usam doses excessivas de sal, as gorduras Sobretudo para os casos mais difíceis.” (E3)

“...talvez irmos conhecer melhor o meio onde vivem ... irmos mais a casa deles para ajudar a avaliar melhor a situação.” (E5)

“...poderíamos dar mais apoio ao idoso em casa, no seu meio ... preparar a medicação semanal ou ver outras dificuldades....“ (E7)

Um enfermeiro sugeriu que esta consulta se realizasse de forma independente da consulta médica, através de um agendamento próprio:

“...uma consulta mesmo de enfermagem, só ... implicando um trabalho mais de perto do utente e não aquele espaço tão grande entre as consultas médicas.” (E8)

Outros enfermeiros propuseram a realização de programas de intervenção com grupos de idosos:

“...nós temos uma sala de intervenção com programa para os diabéticos e da hipertensão ainda não temos nada. Acho que era importante.” (E4)

“Podíamos fazer educação em grupo ... o tempo que temos para estar com aquele grupo é diferente do tempo que temos aqui na consulta.” (E10)

“...nós no nosso centro de saúde, nós já temos uma sala de educação terapêutica ... poderíamos passar para o grupo dos hipertensos.” (E12)

F) Sobre a centralidade dos cuidados de enfermagem na pessoa idosa

Da análise dos discursos, emergiram atitudes e comportamentos dos enfermeiros que revelaram a dimensão da relação terapêutica enfermeiro-idoso, assumindo o idoso a centralidade da atenção e do cuidado do enfermeiro.

Orem (1993), no desenvolvimento da sua teoria do autocuidado, dá ênfase às capacidades dos enfermeiros para a identificação de défice de autocuidado, defendendo a ideia que é o enfermeiro que melhor conhece o idoso, o seu contexto familiar e modo de vida, encontrando-se numa posição privilegiada na equipa de saúde, para colaborar na definição de estratégias e recursos da comunidade face às necessidades de saúde das pessoas idosas:

“Então tento ajustar, depois de conhecer os utentes, porque já os conheço, não é ... há uma relação e eles acabam por depositar em mim uma certa confiança....” (E1)

“...deixo descansar, converso um bocado com ele. ... pergunto se houve alguma coisa, se há algum problema pessoal ou familiar.... Eu sempre dei o número de telefone para telefonarem e acho que isso dá muito resultado, pô-los à vontade ... é muito importante o doente conhecer-nos e nós conhecermos o utente ... eles conseguem ver que a gente está ali para bem deles ... se houver um bom relacionamento a gente consegue muito mais coisas.” (E6)

“Eles (os idosos) precisam de mais atenção, muitas vezes quando vêm, querem avaliar a tensão como uma desculpa para conversar, para falar com alguém ... não têm com quem conversar ... sentem-se muito isolados.” (E7)

“Como são utentes que eu já conheço há alguns anos, tenho mais facilidade no atendimento Já sei o que se passa com eles ... temos uma conversa tipo relaxamento e só depois é que faço a avaliação.” (E12)

Na prática, os enfermeiros adotam uma intervenção facilitadora da relação enfermeiro-utente que estabelecem numa perspetiva de crescimento e do desenvolvimento humano, baseada no respeito e na liberdade e cuja finalidade é restabelecer ou manter a autonomia da pessoa idosa, de modo a facilitar-lhe as condições que ela necessita para satisfazer as suas necessidades fundamentais. Esta relação é fundamental para identificar o que o idoso sabe ou não sabe, ou não pode fazer, ou como vivencia o processo de transição resultante da HTA.

Nesta relação, os dois participantes, enfermeiro e idoso, evoluem. Por um lado, aquele que ajuda, com a sua competência, personalidade, o seu talento e o seu potencial humano e, por outro, o idoso, com as suas características, as suas necessidades e os seus problemas de saúde.

O processo é terapêutico e educativo, pois é importante perceber o que as pessoas idosas nos dizem ou querem dizer, assim como é importante que as pessoas idosas entendam o que estamos a dizer. Apresentar aos idosos a informação e os cuidados de maneira correta, na base de uma relação de ajuda que é terapêutica, permite maior controlo sobre a situação clínica e perceber os ganhos em saúde. No entanto, esta relação que é terapêutica e resultante da interação enfermeiro-idoso, fica prejudicada quando as condições de trabalho não são favoráveis ao seu desenvolvimento e os enfermeiros sabem e têm consciência que poderiam fazer mais e melhor com mais satisfação e melhores resultados.

Na Tabela 15 são observadas as áreas temáticas, categorias e subcategorias resultantes dos discursos dos enfermeiros e expressões significativas (unidades de texto).

Tabela 15.

Áreas temáticas, categorias e subcategorias dos discursos dos enfermeiros

Áreas temáticas	Categorias	Subcategorias	Indicadores
Eixos estruturantes da consulta de enfermagem	Agendamento	Médico	“a maior parte são consultas médicas agendadas” (E1)
		Enfermeiro	“programamos uma vinda mais cedo...” (E2)
	Desenvolvimento	Monitorização de parâmetros vitais e antropométricos	“avaliamos a TA e outros parâmetros”(E7) “avalio a TA, o peso, o pulso, a estatura”(E12)
		Informação/Ensinos	“fazemos os ensinos de acordo com os valores e o utente.”(E7) “..alimentação é preciso reforçar.” (E11) “temos de tentar saber se toma os medicamentos certos” (E9)
Constrangimentos	Adesão ao regime terapêutico	Farmacológico	“eles param a medicação ao estarem a tomar outra..” (E2)
		Não farmacológico	“em termos de mudança de hábitos... não é fácil.” (E10) “na alimentação...é à base de refogados e carnes de porco.” (E9)
	Sociais e económicos	Acessibilidades	“...uma vasta região com aldeias dispersas e montanhosas.”(E9)
		Isolamento social	“vivem muito sós e esquecem a informação.”(E6)
	Organização do trabalho	Dependência do médico	“o enfermeiro acaba por estar muito dependente do médico.”(E8)
		Stresse	“às vezes queremos atendê-los e não podemos...são muitos e é muita coisa.”(E2)
O que poderiam ainda fazer	Grupos de intervenção terapêutica	Programas de intervenção com idosos com HTA	“podíamos fazer educação em grupo. O tempo que temos é diferente...”(E10)
	Visita domiciliária	Apoio no domicílio	“poder ir a casa e verificar como fazem com a comida ou a toma da medicação.”(E3)

Da análise dos resultados obtidos, constatamos que os mesmos corroboram resultados de outros estudos desenvolvidos na população idosa portuguesa (Imaginario, 2004; Nunes, 2008;

Paúl & Fonseca, 2001). Estes idosos, na sua maioria, vivem em condições sociais de baixo rendimento económico. O nível de escolaridade é baixo e os conhecimentos relacionados com a saúde são escassos. Cultivam os seus próprios terrenos, quando podem e a sua condição física o permite, colhendo alguns produtos para seu consumo. Criam animais de capoeira que utilizam na alimentação. São idosos que fazem parte de uma geração marcada por uma conjuntura económica precária, resultante de uma conjugação desfavorável entre a situação histórica nacional, decorrente da Segunda Guerra Mundial e o regime político ditatorial que então vigorava no nosso país. São muito poucos os idosos e são sobretudo os homens que frequentaram e terminaram a escolaridade mínima obrigatória na época, pois a educação não era um valor social importante. Alguns deles referem hoje, com tristeza, o facto de não terem tido a possibilidade de frequentar o ensino. O seu ideal de vida era então alcançar meios financeiros para comprar terras de cultivo, trabalhando arduamente. Outros emigraram para o Brasil, Angola, Moçambique, França ou Alemanha, regressando à terra onde nasceram, para habitarem a casa que construíram com o dinheiro que ganharam e cuidar das terras que compraram, vivendo agora em melhores condições habitacionais do que aquelas onde nasceram. Perspetivam, no entanto, um futuro de incerteza e algum pessimismo, pois os filhos não seguiram este percurso e, na sua maioria, encontram-se a residir em terras distantes, locais urbanos, no estrangeiro ou mesmo em Portugal.

Estes idosos revelaram, na sua maioria, valores da HTA não controlada, excesso de peso e obesidade e valores de colesterol acima dos valores desejáveis, verdadeiramente preocupantes. Com poucos conhecimentos acerca da doença e sobre os ganhos que podem obter ao realizarem pequenos ajustamentos nos seus estilos de vida, vão vivendo, tentando satisfazer as necessidades pessoais com o regime terapêutico prescrito, em conformidade com o que acham ser mais acertado. Os estados emocionais, as dificuldades da vida e os acontecimentos stressantes que os afetam emocionalmente, são razões apontadas para o aparecimento da HTA. Não sabem exatamente o que podem fazer para melhorar a sua saúde e controlar a HTA, questionando: *“o peso ... talvez ... é preciso diminuir! Preciso de emagrecer!”*. *“Tenho de tomar os comprimidos... todos os dias!”* *“tenho de ter cuidado com a boca...!”* *“tenho de andar ...”*, como se soubessem que alguns comportamentos precisavam ser alterados, mas não tinham ainda tentado.

Os enfermeiros confrontam-se no seu dia a dia com realidades de trabalho complexas, para as quais procuram encontrar as melhores respostas, contornando obstáculos e dificuldades.

Independentemente das condições, utilizam o seu saber, ultrapassando tarefas estereotipadas para darem atenção aos idosos, como seres únicos, partilhando valores e hábitos próprios do seu ambiente cultural que vivenciam. Identificam as transições que os idosos experimentam e estabelecem as intervenções que identificam como as mais adequadas para facilitar e apoiar nos seus processos de adaptação à doença crónica, conhecendo as dificuldades com que se confrontam na organização e no trabalho. Quando não conseguem ultrapassar os constrangimentos do contexto em que desenvolvem os cuidados de enfermagem, então os sentimentos de frustração instalam-se e frequentemente experimentam situações de stresse. Identificam obstáculos e apontam estratégias de intervenção alternativas e que, no seu entender, seriam conducentes a melhores resultados para os idosos e maior satisfação para si próprios. A proximidade dos cuidados e a relação terapêutica que estabelecem com os idosos hipertensos e família, permitiriam aos enfermeiros, em condições mais favoráveis, o desenvolvimento de processos de intervenção mais significativos e com mais resultados em ganhos para a saúde e para a qualidade de vida das pessoas idosas com HTA e família.

5. (CO)CONSTRUINDO UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PARA IDOSOS COM HTA: APRENDER CUIDANDO - A 2ª FASE DO ESTUDO

O DL nº 28/2008, de 22 de fevereiro, estabeleceu o regime de criação, estruturação e funcionamento dos ACES do SNS. Estes, são “serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais de saúde, que agrupam um ou mais centros de saúde e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica” (p.1183). A criação dos ACES prevê a sua organização em unidades funcionais: USF, UCSP, UCC, USP e URAP, constituídas por equipas multiprofissionais com autonomia organizativa e técnica, sendo o ACES o pólo agregador destas várias unidades.

A discussão e análise dos resultados obtidos, com a equipa de enfermagem, enfermeira chefe e supervisora de enfermagem, permitiram avançar mais rapidamente com a nova reconfiguração da organização de cuidados naquele centro de saúde e que o ACES assim impunha, isto é, era o momento oportuno para a constituição das unidades funcionais de saúde.

5.1. A reorganização do Centro de Saúde - as unidades funcionais de saúde

A reorganização do centro de saúde permitiu a criação de três UCSP e uma UCC, exigindo a mobilização e integração de novos enfermeiros para as equipas existentes e a ocupação de espaços que, embora já existentes, permitiriam melhorar a sua funcionalidade.

A UCC, cujo Despacho nº 10143/2009, de 16 de abril, aprova o seu regulamento e funcionamento, passou a ser uma unidade funcional deste centro de saúde. Esta unidade, e de acordo com o mesmo despacho, tem por missão, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, concorrendo para o cumprimento da missão do ACES em que se integra. Presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo e atua ainda na educação para a saúde, na integração de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

Assim, a atividade da UCC desenvolve-se com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as demais unidades do ACES em que se integra, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional e intersetorial, indispensável ao cumprimento da sua missão. Deve incidir prioritariamente, entre outros, em projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos de maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, e ainda em projetos de promoção de estilos de vida saudáveis com intervenção a nível de programas de saúde a implementar e a desenvolver em parceria com outras instituições que podem cooperar para a aquisição de hábitos de vida saudáveis da população ao longo do ciclo vital (artigo 9º do Despacho nº 10143/2009, de 16 de abril).

5.2. A problemática contextual dos idosos hipertensos

A evidência de que a HTA, “a doença silenciosa” evolui, frequentemente, para quadros clínicos mais graves, com consequências negativas para a condição física, psicológica e social dos idosos e famílias e para o aumento da população idosa com doenças crónicas, impõe o reequacionamento das estratégias de intervenção dos enfermeiros e a implementação de novas

abordagens, mais efetivas e mais congruentes com as necessidades que hoje se colocam às pessoas idosas, face às doenças crónicas em geral e à HTA em particular.

A análise da informação obtida, permitiu determinar a natureza da problemática no seu contexto, as necessidades em saúde dos idosos face à HTA e a fatores de risco associados, à vivência do seu processo de envelhecimento, bem como permitiu estabelecer relações entre essas necessidades e os processos de transição vivenciados que exigem adaptações e mudanças de atitudes e comportamentos. Permitiu também identificar os eixos estruturantes da consulta de enfermagem ao idoso com doença crónica – HTA e tornar mais explícitos os fatores condicionantes, dificultadores e/ou facilitadores desses processos de transição e das intervenções de enfermagem.

Estas constatações possibilitaram definir novas estratégias de intervenção de enfermagem na prevenção e controlo da HTA, redefinindo os cuidados e a sua organização, passando por uma maior interação dos enfermeiros com este grupo populacional e novas estratégias de intervenção. As recentes recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia/Sociedade Europeia de Hipertensão (2007), propõem uma maior valorização da HTA através de maior divulgação do problema de saúde junto da comunidade e das pessoas portadoras desta doença crónica, centrando na pessoa maior responsabilização pelo seu controlo.

A prevalência da HTA nas pessoas idosas, sedentárias e com excesso de peso e obesidade é conhecido, sendo hoje integrada num conceito mais alargado que inclui outros fatores de risco, denominado de síndrome metabólica (Cortez-Diaz, Martins & Fiúza, 2007), sabendo-se que a redução do peso corporal reduz os valores da TA, embora nos últimos anos este problema se tenha acentuado devido ao aumento da obesidade na população em geral. Igualmente, a prevalência da HTA nos idosos com estilos de vida mais sedentários em que a prática de exercício físico, regular e moderado não está integrada nas atividades diárias, reforçam a necessidade de considerar a HTA um problema de saúde pública, cuja prevenção e controlo passa por uma alimentação saudável, com diminuição de sal e de gorduras, pela prática de exercício físico e o controlo do peso corporal. A evidência de que a HTA está normalmente associada a outros fatores de risco reforça a necessidade da uma abordagem global e integradora.

É desejável que as pessoas idosas vivenciem um envelhecimento ativo e bem-sucedido mesmo com processos de doença crónica, podendo adequar o seu modo de vida, ajustando-o a

comportamentos mais saudáveis, com benefícios para a qualidade de vida, pessoal e familiar. Também para os enfermeiros interessados na eficácia das suas intervenções e na obtenção de mais ganhos em saúde, novas estratégias de intervenção permitirão o desenvolvimento de novas competências na abordagem à pessoa idosa e família com doenças crónicas.

5.3. Pressupostos para a conceção do programa de intervenção de enfermagem

Dimensões da doença crónica – HTA e do regime terapêutico, que requerem habilidades e capacidades de adaptação, são exigências por vezes excessivas para os idosos quando percecionam a demora ou ausência de resultados positivos atribuíveis às propostas de tratamento. Os enfermeiros, particularmente atentos a estas dificuldades e no âmbito das suas competências profissionais, procuram numa atitude reflexiva e crítica sobre as suas práticas, a re-construção de novas intervenções e melhores condições organizacionais para a sua implementação.

Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definidos pela OE (2002), é referida a importância da educação para a saúde, na procura permanente da excelência no exercício profissional dos enfermeiros, através de: *i)* identificação da situação de saúde e dos recursos do utente/família e comunidade; *ii)* criação e aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis; *iii)* promoção do potencial de saúde através da otimização do trabalho adaptativo aos processos vitais, crescimento e desenvolvimento; *iv)* fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades.

Como refere Rebelo (2012), a função da educação para a saúde é fulcral, sobretudo quando implica a apropriação de informação e saberes novos que possibilitam às pessoas lidar com as situações de saúde/doença, prosseguindo a sua vida, de uma forma equilibrada e harmoniosa. Meleis (2005), também considera que a apropriação de saberes, é essencial para uma transição saudável.

As teorias e os modelos no âmbito da educação para a saúde procuram explicar a natureza dos comportamentos de saúde e as influências a que estão sujeitos, sugerindo estratégias que visam a capacitação das pessoas e dos grupos, para que possam interagir positivamente no meio e participar mais ativamente na sua própria saúde (Perea Quesada, 2004). Na verdade, a saúde de cada pessoa depende do seu projeto de vida, do seu sentido de felicidade e da forma

específica de estar no mundo, isto é, de uma visão integradora e uma multiplicidade de condições que se orientam para a autorealização do indivíduo (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005).

Uma primeira vertente da formação na educação para a saúde, consiste na organização de atividades, importantes do ponto de vista das pessoas a que se dirigem, com uma duração limitada no tempo e que correspondam a necessidades identificadas (Malglaive, 1995). Dirigem-se a públicos homogêneos, pela sua implicação na situação e no problema que se coloca, sendo a formação concebida como um meio de o resolver. Embora as intervenções formativas possam comportar diversos conteúdos, como refere Malglaive (1995), estes têm que manter-se permanentemente articulados com os dados da situação que impôs a sua existência, devendo ultrapassar a mera transmissão de conhecimentos mas, considerando os fatores a montante que justificam os conteúdos e domínios propostos de saber ou de saber-fazer, assim como os fatores a jusante que dão a estes conhecimentos as suas finalidades práticas.

Uma estrutura formativa é um projeto em ação (Malglaive, 1995), vivendo ao ritmo da situação que o faz viver, resultando, na maior parte das vezes, de negociações, de compromissos, que devem ter em conta interesses divergentes. É o produto de relações sociais que não cessam de existir mesmo depois da sua definição, de oposições, de pontos de vista contrários que podem sempre manifestar-se, contestá-lo e modificá-lo. Os agentes da formação que lhe dão vida, os públicos que acolhe são eles próprios os atores ou as partes implicadas nas contradições, traduzindo-se numa realidade viva, evolutiva que pode desenvolver-se e evoluir.

Obter mais saúde, está sobretudo na capacitação e na atitude pessoal e familiar, levando a pessoa idosa e família a desenvolver-se e a adaptar-se, procurando o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. Equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural (OE, 2010).

A investigação tem identificado fatores essenciais nas intervenções educativas e de apoio psicossocial que ajudam os doentes crónicos e seus familiares, a encontrar estratégias mais eficazes de vivência e controlo da doença crónica (Sousa et al., 2007). Para estes autores, este apoio tem um impacto poderoso ao nível de estratégias de ajustamento à doença, tratamento e

prognóstico. Encoraja um clima de normalização e facilitação para a exploração de novas estratégias para lidar com a doença crónica. Ao integrar aspetos educativos e de apoio emocional, estes programas apresentam efeitos positivos na promoção de um envelhecimento bem-sucedido. A vertente educativa na intervenção, pretende fornecer informação sobre a doença (etiologia, prevenção de complicações), permitindo ao idoso e família fazer ajustamentos no estilo de vida e melhorar a capacidade para lidar construtivamente com a sua doença, esclarecer sobre cuidados diários, prevenir o aparecimento de complicações resultantes da sua cronicidade, desenvolver sentimentos no doente e familiar de competência no controlo da doença crónica. Ainda segundo Sousa e cols. (2007), a vertente de apoio emocional e psicossocial tem por função reduzir a ansiedade, ajudar a gerir emoções e a encontrar estratégias mais eficazes de resolução de problemas, facilitando a comunicação com os enfermeiros e os outros profissionais de saúde, evitando o isolamento, mantendo redes de apoio social e familiar.

Um programa educativo de intervenção dos enfermeiros com os idosos hipertensos e família (cônjuge) tem como principal finalidade contribuir para que ambos convivam diariamente com a doença crónica, de uma forma saudável e controlada, possibilitando a vivência, no idoso e na família, de um envelhecimento saudável, ativo e bem-sucedido. Investigadores têm evidenciado correlações significativas entre a autonomia, o envolvimento ativo, a motivação e a saúde, salientado que os idosos com disposição positiva (atitudes positivas face a si próprio e ao seu autocuidado) e com conhecimentos, permanecem independentes, apesar dos problemas de saúde, enfatizando que muitos idosos enfrentam a necessidade de autocontrolar eficazmente a doença crónica, tomar decisões sobre os seus cuidados, desempenhar atividades que ajudam a controlar a sua condição e aplicar as suas capacidades para manter um funcionamento psicossocial adequado (Redman, 2003).

Tomámos ainda como pressupostos importantes para a construção do programa de intervenção, os seguintes princípios: 1) Os idosos possuem capacidades que, uma vez desenvolvidas e consciencializadas, podem ser usadas positivamente para a vivência saudável de processos de transição e de adaptação às condições de doença crónica e envelhecimento; 2) A centralidade do programa deverá ser nos idosos hipertensos e família (cônjuge), com os seus modos de vida, a sua cultura, valorizando o seu saber e a sua experiência individual; 3) A aceitação incondicional, o respeito caloroso, a dignidade, a escuta ativa, a empatia, serão dimensões da relação terapêutica enfermeiro - idoso e família, fundamentais em todo o

programa de intervenção; 4) Os aspetos relacionados com o *feedback* e o reforço positivo sobre as alterações propostas serão relevantes para motivar os idosos para a mudança de comportamentos ou o ajuste dos mesmos em relação ao regime terapêutico prescrito.

Um processo formativo põe em ação duas atividades essenciais articuladas entre si: atividades de aprendizagem e atividades de ensino. As atividades de ensino incidem sobre a organização, a direção e a regulação das atividades de aprendizagem consoante as diferentes opções de métodos a utilizar. As atividades de aprendizagem são organizadas pelas atividades de ensino com vista à produção de novas capacidades, surgindo o percurso formativo como um processo de produção de capacidades necessárias para o controlo saudável da HTA que os idosos exercerão no final do programa de intervenção.

5.4. Participantes

Foi neste enquadramento que nos propusemos desenvolver, com os enfermeiros da UCC, este programa de intervenção, de educação e de apoio psico-emocional para os idosos com HTA e familiares (cônjuge), com base na análise da informação já obtida anteriormente. Três enfermeiras com formação especializada, duas em enfermagem na comunidade e uma em enfermagem de reabilitação, com o apoio da coordenadora da unidade, a enfermeira chefe também com formação especializada em enfermagem na comunidade, desenvolvemos em grupo o trabalho de pesquisa e de seleção de assuntos, documentos e materiais para a preparação das sessões, num ambiente de diálogo, de comunicação estreita e de reuniões informais com as enfermeiras. As reuniões foram especialmente importantes para o desenvolvimento das temáticas, para o estudo e para a pesquisa na preparação das sessões previstas, bem como para a definição de metodologias a implementar nos grupos de intervenção terapêutica.

5.5. Estratégias para a conceção do programa de intervenção de enfermagem

O objetivo geral de qualquer programa desenhado para melhorar a saúde das pessoas que vivenciam doenças crónicas, baseia-se na prevenção das complicações e na melhoria da qualidade de vida (Silva García et al., 2006). A HTA é das doenças crónicas mais frequentes, estritamente relacionada com os estilos de vida e os sistemas de saúde que, apesar do seu

desenvolvimento, não avançaram favoravelmente no controlo eficaz desta doença, pois em vez de diminuir, aumentou de forma alarmante. Na opinião de muitos peritos, esta situação deve-se a hábitos cada vez mais inadequados de alimentação e a uma vida cada vez mais sedentária. É por isso importante que os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, desenvolvam orientações realistas e concretas sobre a melhor adequação dos regimes terapêuticos prescritos, tanto farmacológicos como não-farmacológicos.

A educação para a saúde tem também evoluído, ainda que lentamente, passando de um sistema baseado nos procedimentos para um sistema de gestão de cuidados (Redman, 2003). É esperado que as pessoas cuidem mais de si próprias, estando no centro desta capacidade a aprendizagem, para se adaptarem a novas condições de saúde. A educação para a saúde é prestada diretamente durante os cuidados e também em programas independentes como na promoção do autocuidado, alcançando uma definição mais ampla como um processo de capacitação das pessoas, proporcionado por uma abordagem sócio-educativa que assegure conhecimento, habilidades e formação da consciência crítica para a tomada de decisão pessoal com responsabilidade social (Spinato et al., 2010).

Seguindo o esquema defendido por Benjamim Bloom (1975), dividimos o plano formativo em três áreas educacionais: cognitiva, afetiva e psicomotora, tomando como linha de orientação para a planificação dos objetivos do programa: 1) Que os idosos conheçam os perigos da HTA (área cognitiva); 2) Que os idosos compreendam que ao adequarem os seus comportamentos aumentarão a sua qualidade de vida (área afetiva e atitudinal); 3) Que os idosos saibam como fazer para controlar a HTA (área psicomotora).

As estratégias foram orientadas para o desenvolvimento de um programa de intervenção conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e a doença - HTA, centrado no idoso e familiar (cônjuge), capaz de produzir mudanças no conhecimento, na compreensão e na forma de pensar a doença para poder influenciar e clarificar valores e proporcionar mudanças nas suas convicções, atitudes, comportamentos e estilos de vida. Tones e Tilford (1994) enfatizam a importância dos fatores que influenciam a tomada de decisão como as convicções pessoais, as crenças e os valores individuais, para as mudanças de comportamentos e a adoção de estilos de vida saudáveis.

Como em todos os programas da saúde, os objetivos específicos devem ser adaptados à população alvo e adequados aos meios disponíveis. Dirigido a idosos com HTA e familiar

(cônjuge), foram definidos os seguintes objetivos específicos para este programa de intervenção de enfermagem: 1) Fornecer informação acerca da HTA e seus mecanismos fisiopatológicos; 2) Conscientizar sobre mitos e crenças relacionadas com a HTA; 3) Informar sobre o tratamento farmacológico e não farmacológico da HTA; 4) Desenvolver atividades com os idosos e familiar na implementação de estratégias que lhes permita o controlo mais adequado da HTA; 5) Desenvolver capacidades para o autocuidado e maior autonomia no controlo da doença; 6) Apoiar os idosos e ajudá-los na vivência mais equilibrada dos seus estados emocionais; 7) Contribuir para o envelhecimento mais saudável, ativo e bem-sucedido, prevenindo complicações da doença cardiovascular; 8) Envolver o familiar, convivente diário mais próximo na sua relação de cônjuges, numa participação mais ativa e colaboradora para o controlo da HTA.

As estratégias que podem melhorar o controlo da HTA nas pessoas idosas são, segundo Silva García e cols. (2006): *i*) de informação, de modo a aumentar conhecimentos, de supervisão e apoio pelos profissionais de saúde e familiares de modo a aumentar a segurança, autoestima e confiança no regime terapêutico; *ii*) de atitude dos profissionais de saúde, de modo a potenciar e melhorar a relação terapêutica profissional – idoso; *iii*) de motivação, estimulando e usando o *feedback* e o reforço positivo para a mudança de hábitos em função do estágio de saúde/doença em que se encontra. As atividades devem basear-se no controlo da doença, evitando o aparecimento de complicações e promovendo um envelhecimento mais saudável, mais ativo e bem-sucedido: *i*) tratamento farmacológico, através da prescrição médica dos medicamentos anti-hipertensivos; *ii*) tratamento não-farmacológico, através da integração de uma alimentação saudável, controlo do peso corporal e atividade física, imprescindível no tratamento da HTA, tanto isoladamente com complementar à terapêutica farmacológica (Silva García et al., 2006).

5.6. O programa de intervenção de enfermagem “Cuide do seu Coração”

Oito sessões sequenciais e semanais deram forma a este programa “Cuide do seu Coração”, debruçando-se cada uma delas sobre um tema específico, relacionado com a HTA: o que é e o que significa, suas complicações; o tratamento farmacológico e sua importância no controlo da HTA; o peso corporal e sua relação com a HTA; a alimentação e os alimentos na HTA; o exercício físico e a atividade física diária; o stresse e a HTA; técnicas de relaxamento (Tabela 16).

Tabela 16.

Estrutura do programa “Cuide do seu Coração”

1ª SESSÃO	
Objetivos:	Apresentar o grupo criando uma dinâmica facilitadora de interação e coesão; Envolver os idosos no programa, através de participação ativa; Identificar as suas perceções acerca da HTA;
Estratégias:	Visualização de filme – uma perspetiva geral da HTA; Esclarecimento de dúvidas e partilha de informação no grupo;
Atividades:	Preenchimento de uma ficha individual (registo de parâmetros antropométricos e TA).
2ª SESSÃO	
Objetivos:	Partilhar vivências relacionadas com o regime terapêutico farmacológico; Informar sobre o tratamento farmacológico na HTA; Contribuir para a resolução de dificuldades identificadas;
Estratégias:	Visualização de diapositivos; Distribuição de panfletos informativos para o dossier “Cuide do seu Coração”;
Atividades:	Preenchimento de uma ficha com os medicamentos que tomam diariamente;
3ª SESSÃO	
Objetivos:	Partilhar informação entre os elementos do grupo; Trocar informação sobre o tratamento não farmacológico da HTA; O colesterol a as gorduras saturadas e insaturadas;
Estratégias:	Visualização de filme e diapositivos; Esclarecimento de dúvidas e questões colocadas pelo grupo;
Atividades:	Identificar alimentos ricos em gordura saturada e hidratos de carbono;
4ª SESSÃO	
Objetivos:	Fornecer informação sobre o peso corporal e a HTA; Proporcionar momento de debate e reflexão no grupo; Apoiar na resolução de problemas identificados pelos idosos;
Estratégias:	Visualização de diapositivos; Distribuição de folha de registo do peso corporal e ficha informativa para o dossier individual;
Atividades:	Registo do peso corporal na ficha individual e determinação do IMC;
5ª SESSÃO	
Objetivos:	Promover a interação no grupo; Fornecer informação sobre o tratamento não farmacológico da HTA - o sal e o álcool; Apoiar os idosos no desenvolvimento das suas capacidades de autocuidado;
Estratégias:	Visualização de slides; Debate e esclarecimento de possíveis dúvidas;
Atividades:	Trazer e partilhar ervas aromáticas e outros condimentos substitutos do sal na confeção dos alimentos;
6ª SESSÃO	
Objetivos:	Partilhar informação entre os elementos do grupo; O tratamento não farmacológico da HTA - alimentação e HTA – a roda dos alimentos;
Estratégias:	Demonstração prática dos alimentos na confeção de refeições diárias; Exemplificação da melhor utilização dos alimentos;
Atividades:	Registar refeições e os alimentos escolhidos;
7ª SESSÃO	
Objetivos:	Proporcionar informação sobre atividade física e HTA; Fornecer instrução sobre stress e ajustamento psicossocial;
Estratégias:	Esclarecimento de dúvidas no grupo; Debate sobre estratégias de controlo do stress;
Atividades:	Exercícios de relaxamento através da música e de exercícios físicos;
8ª SESSÃO	
Objetivos:	Partilhar informação entre os idosos; Possibilitar a reflexão sobre viver e envelhecer saudável;
Estratégias:	Lanche convívio; Entrega de prémios e certificados de participação;
Atividades:	Registo fotográfico do grupo. Preenchimento dos instrumentos de avaliação (2º momento de avaliação); Avaliação do programa (Registo gravado).

A definição de objetivos específicos para cada sessão permitiu aumentar a coerência das escolhas entre os meios disponíveis e os procedimentos para melhorar a orientação sobre os esforços a desenvolver e melhorar as hipóteses de êxito em cada sessão. As estratégias selecionadas estiveram subjacentes aos objetivos e constituíram-se em torno do seu sentido geral de potencializadoras de capacidades e competências e na identificação de atividades que complementaram e enriqueceram todo o processo de intervenção.

Todas as sessões foram desenvolvidas em duas componentes essenciais: a componente educativa e a componente emocional. A abordagem educacional visou, sobretudo, conceder aos idosos informação, conhecimentos e compreensão sobre a HTA, possibilitando-lhes a tomada de decisões informadas. Como refere Squire (2005), ajudados a explorar as suas atitudes, valores e crenças acerca da saúde e da doença, os idosos farão as suas escolhas de forma esclarecida. A vertente emocional teve por função apoiar e ajudar os idosos a utilizar estratégias mais eficazes na resolução de problemas, diminuindo o stresse e ansiedade, aumentando o sentido de competência e autoestima. Facilitar a comunicação na família e com os serviços de saúde, evitar o isolamento social, criar e manter redes de apoio, são dimensões igualmente importantes no equacionamento desta componente (Sousa et al., 2007).

Foi propositadamente criado, durante todas as sessões, um espaço e tempo de partilha, uma oportunidade para a discussão, esclarecimento de dúvidas, dificuldades e outras questões colocadas pelos idosos, num ambiente de aceitação, respeito mútuo e convivência saudável entre todos os participantes. Cada sessão deveria ter a duração máxima de 90 minutos.

6. IMPLEMENTANDO O PROGRAMA “CUIDE DO SEU CORAÇÃO”: UMA PRÁTICA FACILITADORA DAS TRANSIÇÕES – A 3ª FASE DO ESTUDO

Nesta fase do estudo, centramo-nos na implementação e nos resultados do programa de intervenção de enfermagem focalizado numa intervenção educativa e de apoio emocional e psicossocial, com grupos de idosos, durante aproximadamente quinze meses.

6.1. Tipo de estudo

Um estudo de intervenção, do tipo quase-experimental, compreendeu esta fase da investigação-ação, em que idosos (casais) com HTA participaram no programa “Cuide do seu Coração”. Para Fortin e cols. (2009), os desenhos quase-experimentais não satisfazem todas as exigências do controlo experimental, diferindo dos estudos experimentais verdadeiros por ausência do grupo de controlo ou da repartição aleatória. No entanto, comportam igualmente a manipulação de variáveis (independentes), para comparar as mudanças na variável dependente após a sua introdução. Os idosos participantes foram submetidos a uma avaliação dos mesmos parâmetros, em três momentos distintos: antes da participação no programa, após a participação no mesmo e um mês depois da intervenção, na medida em que estas avaliações aumentavam a possibilidade de atribuir os resultados ao efeito do programa de intervenção de enfermagem “Cuide do seu Coração”.

Para esquematização dos momentos de avaliação durante esta fase da investigação, apresenta-se a Tabela 17.

Tabela 17.
Momentos de avaliação na intervenção com os idosos

Momentos de medida	Grupo Experimental
Medida antes	Sim (X_1)
Variável experimental (programa)	Sim
Medida depois	Sim (X_2)
Variável tempo (1 mês após)	Sim
Medida depois	Sim (X_3)

Segundo Marconi e Lakatos (2004), o efeito da variável experimental será obtido pela comparação dos resultados obtidos entre os três momentos: $X_1 - X_2 - X_3$.

6.2. Participantes

O Programa “Cuide do seu Coração”, foi elaborado para grupos constituídos por idosos, incluindo o cônjuge – familiar direto mais próximo, quatro a seis casais por grupo, com HTA e com medicamentos anti-hipertensivos prescritos ou, pelo menos, um deles com medicamentos prescritos para a HTA e com idades compreendidas entre 65 e 77 anos. Apesar

do envelhecimento ser um processo fisiológico que inclui alterações orgânicas e psicológicas e se estabelecer como limite de idade os 65 anos, não podem ser considerados os idosos um grupo homogêneo, pois nele estão incluídas desde pessoas muito ativas e independentes até pessoas com incapacidades e dependência grave. Por isso, gerontólogos definiram três grupos: idosos jovens (65-74 anos), idosos (75-80 anos) e os muito idosos (80 e mais anos), (Arbonés et al., 2003), situando-se os nossos participantes no primeiro grupo, dada a maior probabilidade de apresentarem a sua integridade física e psicológica e maior capacidade de participação.

Resultados de outros estudos evidenciaram a importância de incluir a família, enquanto rede social de apoio do idoso, no controlo da HTA, incentivando cuidados com a dieta, o exercício físico, a adesão ao regime medicamentoso (Costa & Nogueira, 2008; Wood et al., 2008), pelo que incluímos o familiar idoso, também hipertenso, neste programa.

O recrutamento dos casais foi realizado através de contacto telefónico, recorrendo a listas elaboradas pelas enfermeiras da UCC, a partir do programa informático de utentes do centro de saúde e ainda por referência de alguns casais por médicos e enfermeiros das UCSP. Tratou-se de um procedimento fundamental, pois foi necessário contactar os idosos, informando-os dos objetivos do programa, da sua importância para o controlo da HTA e outras doenças associadas e fatores de risco, para a manutenção da saúde e da qualidade de vida. Este contacto telefónico permitiu explicar os objetivos do programa e agendar um encontro no centro de saúde para mais esclarecimentos, se necessário. Apesar de ser a forma mais acessível de contactar os idosos, nem sempre foi fácil. A maior desvantagem centrou-se no facto de apenas se conseguir falar com um dos elementos do casal, ficando o outro a descoberto, sem se saber como seria transmitida a mensagem. Por vezes, foi necessário fazer novo contacto telefónico para se falar com o outro elemento, motivando-os para a participação conjunta e fornecer mais informação e esclarecimentos sobre os objetivos do programa.

Optámos por incluir nos grupos: *i)* casais de idosos que, voluntariamente, aceitaram participar em todas as sessões do programa de enfermagem “Cuide do seu Coração”; *ii)* enfermeiras da UCC que trabalharam, aprofundaram e prepararam as sessões em colaboração com a investigadora; *iii)* a investigadora, enquanto participante e responsável pela investigação.

Os grupos de idosos residentes na área urbana, frequentaram o programa no centro de saúde, deslocando-se a pé ou em carro próprio. Os grupos que foram constituídos em localidades mais distantes, frequentaram o programa em espaços (escolas primárias) cedidos pela Junta de Freguesia, previamente contactada, deslocando-se as enfermeiras à localidade, em viatura do centro de saúde.

O primeiro grupo que se constituiu no centro de saúde, com apenas quatro casais, foi mais reduzido, pois era importante dar início ao programa, apreciando-o criticamente em todo o seu desenvolvimento, corrigindo aspetos pontuais considerados importantes para as sessões futuras com outros grupos. A desistência de dois casais, por motivos de saúde (um casal) e por incompatibilidade de horário (outro casal), levou à diminuição do número de elementos, como podemos observar na Tabela 18, tendo-se verificado uma situação semelhante no sexto grupo constituído numa localidade rural.

Tabela 18.

Idosos participantes no programa de enfermagem “Cuide do seu Coração”

Idosos (65 - 77 anos)	Proveniência	Início	Términos	Total
1º Grupo - 8	Urbano	Janeiro 2011	Março 2011	4
2º Grupo - 8	Urbano	Fevereiro 2011	Maio 2011	8
3º Grupo - 8	Urbano	Março 2011	Maio 2011	8
4º Grupo - 8	Urbano	Abril 2011	Junho 2011	8
5º Grupo - 10	Urbano	Setembro 2011	Novembro 2011	8
6º Grupo - 6	Rural	Outubro 2011	Dezembro 2011	2
7º Grupo - 12	Urbano	Fevereiro 2012	Maio 2012	12
8º Grupo - 12	Rural	Fevereiro 2012	Maio 2012	10
Total - 72 (Início)				60 (Final)

6.3. Instrumentos de recolha de dados

Na recolha de dados foram selecionados vários instrumentos. Assim:

Para a avaliação do estado cognitivo dos idosos, na seleção dos participantes, recorremos ao teste de avaliação mental, *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (*Anexos 10*).

Utilizamos o questionário de Avaliação do Estado de Saúde SF 36 (MOS *Short Form Health Survey* – 36 itens – version 2) de Ferreira (2000a), para medir e avaliar o estado de saúde dos idosos com HTA, participantes do programa “Cuide do seu Coração”, em três momentos distintos (*Anexo 11*).

Recorremos ainda a um instrumento de identificação pessoal dos idosos e registo dos vários parâmetros clínicos (TA, PC, IMC, PCA) avaliados nas sessões, servindo também para registar outros dados considerados significativos (*Anexo 12*).

a) Mini Mental State Examination (MMSE)

O MMSE de Folstein, Folstein e McHugh (1975), é um instrumento utilizado frequentemente no contexto da prática clínica para avaliar o funcionamento cognitivo dos indivíduos, permitindo despistar precocemente situações de alteração cognitiva (Bargalló et al., 2002; Burns, Brayne & Folstein, 1998; Sequeira, 2007). Possibilita uma avaliação dos aspetos cognitivos, orientação, retenção, atenção, cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Cada resposta correta é avaliada com um ponto, variando a pontuação entre 0 e 30 pontos no total. Muitos estudos utilizam o ponto de corte 24 para definir o défice cognitivo para a pontuação inferior a este valor. Segundo Burns e cols. (1998), na população idosa, o desempenho está intimamente relacionado com o nível educacional e o contexto cultural. Utilizamos a versão traduzida e adaptada para a população portuguesa por Guerreiro e cols. (1994), que estabelece os pontos de corte consoante os anos de escolaridade: analfabetos ≤ 15 ; 1-11 anos de escolaridade ≤ 22 ; superior a 11 anos de escolaridade ≤ 27 .

b) MOS SF-36

Este instrumento foi construído na década de 80 por Anita Stuart, Ron Hays e John Ware, investigadores da *Rand Corporation* nos EUA, a partir de um estudo designado por *Medical Outcomes Study* – MOS (Pontes, 2012). Permite a medição do estado de saúde e a perceção que as pessoas têm do seu próprio bem-estar e da sua qualidade de vida relacionada com a saúde (Ferreira, 1998). Como refere este autor, só na segunda metade do século passado surgiram medições em saúde relacionadas com o bem-estar, desempenho e funcionalidade e só mais recentemente é que estas preocupações, existentes apenas no domínio dos investigadores, passaram para a área da ação política e prática explícita com a aprovação pelo Congresso dos EUA em 1987, da Lei de Investigação dos Resultados de Saúde dos Doentes

que estabelece um programa de investigação em resultados de saúde centrado nas percepções dos doentes. Ter uma vida mais efetiva e preservar a função e o bem-estar, são metas a atingir pelos vários atores da prestação de cuidados de saúde. Um dos instrumentos desenvolvidos resultantes do projeto MOS foi precisamente o SF-36. Pretendia-se um instrumento padrão que fornecesse informação útil para a interpretação dos resultados relativos ao estado físico e mental, principalmente os possuidores de doenças crónicas e o efeito de tratamento no estado de saúde geral.

Este instrumento é constituído por 36 itens, integrando oito dimensões de estado de saúde, detetando estados positivos e estados negativos de saúde. O seu conteúdo referente à saúde física e mental, a sua robustez psicométrica e a sua relativa simplicidade facilitam a sua utilização (Ferreira, 1998). A existência de um projeto internacional de adaptação do questionário original em diversos países (*International Quality of Life Assessment – IQOLA – Project*) está a transformar o SF-36 *Health Survey* num dos instrumentos genéricos de medição de saúde com maior potencial na utilização internacional e na avaliação de resultados clínicos.

Os dois principais objetivos da medição de resultados na prática clínica são quantificar os progressos dos doentes e implicitamente a eficácia de um determinado tipo de cuidados e comparar a eficácia de um tratamento com outro. No primeiro, a atenção recai na pessoa doente, pretendendo-se detetar as alterações individuais em estados de saúde.

Os 36 itens deste instrumento distribuem-se pelas oito dimensões mais significativas em saúde: funcionamento físico (FF); desempenho físico (DF); dor corporal (DC); saúde mental (SM); desempenho emocional (DE); função social (FS); vitalidade (VT) e percepção da saúde geral (SG). O instrumento de medição que utilizámos foi a versão portuguesa do MOS SF-36, validada por Ferreira (2000a, 2000b).

A escala de função física (FF) destina-se a medir o impacto na qualidade de vida das limitações físicas, como vestir-se sozinho ou praticar desportos, mais exigentes fisicamente ou carregar os sacos das compras, ajoelhar, subir escadas ou andar uma determinada distância. As escalas de desempenho medem o impacto das limitações em saúde devidas a problemas físicos (DF) ou a problemas emocionais (DE), ao tipo e à quantidade de trabalho realizado, à necessidade de reduzir o trabalho, ou à dificuldade em realizá-lo. As escalas para a dor (DC) representam a intensidade e o desconforto causados pela dor e o modo com esta interfere nas

atividades normais. A escala referente à saúde em geral (SG) mede a percepção holística de saúde, englobando a saúde atual e a resistência à doença. A escala de vitalidade (VT) inclui os níveis de energia e de fadiga e a escala de função social (FS) capta a quantidade e qualidade das atividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nestas atividades. A escala de saúde mental (SM) inclui os conceitos de ansiedade, depressão, perda de controlo comportamental ou emocional e bem-estar psicológico (Ferreira & Santana, 2003).

6.4. Procedimentos

Na primeira sessão, cada elemento teve oportunidade de se apresentar ao grupo, referindo o que consideravam ser mais interessante e importante. A cada casal foi oferecido um *dossier*, com as primeiras páginas do programa e com os objetivos do mesmo, onde depois foram colocando toda a informação em folhetos ou desdobráveis que ia sendo facultada durante as sessões e outros documentos elaborados, respeitantes às várias atividades desenvolvidas (registos de peso corporal, fotografias, diploma de participação, contactos), considerados de interesse para os idosos. A distribuição de folhetos e outros materiais funcionaram como suporte da formação, constituindo também uma fonte de informação dos assuntos tratados e debatidos. Assim, incluíram-se nas atividades, tarefas semanais para os casais desenvolverem, pois possibilitavam a continuidade das atividades realizadas durante as sessões, em casa. Outro objetivo da construção do dossier informativo é que poderia ainda ser consultado em casa pelos familiares, filhos, netos, ou por amigos e vizinhos.

A condução dos temas e a gestão do tempo de duração de cada sessão era feito pelas enfermeiras.

Em todas as sessões era preparado um pequeno lanche, com chá, bolachas e por vezes bolos, confeccionados em casa, com receitas que eram depois partilhadas, proporcionando momentos de descontração, de convívio e de interação muito interessante e saudável.

De acordo com a organização e coordenação do trabalho na UCC e as disponibilidades dos recursos no centro de saúde para o desenvolvimento do programa, foram realizados oito grupos, tendo a última sessão decorrido em maio de 2012.

A recolha de dados foi realizada em três momentos distintos: num primeiro momento (sessão zero), prévia ao início do programa, num segundo momento, coincidente com a última sessão

(cerca de dois meses após o início do programa – 8ª sessão) e, num terceiro momento, um mês após a última sessão (cerca de três meses após o início do programa).

Alguns momentos das sessões foram registados através de fotografias e a última sessão teve ainda um registo gravado sobre as reflexões faladas (*thinking aloud*) que os idosos partilhavam sobre a sua participação no programa.

Para o tratamento dos dados quantitativos, obtidos do questionário MOS SF-36v2, recorreremos ao teste paramétrico *F* para medidas repetidas pois, como refere Pestana e Gageiro (2005), este aplica-se em situações em que os mesmos sujeitos participam em duas ou mais condições experimentais. Nesta análise, o fator fixo foi o estado de saúde, em que os idosos foram avaliados periodicamente em relação à medição do estado de saúde para se descobrirem os seus padrões de desenvolvimento.

O tratamento do teste *F* para medidas repetidas pode usar apenas uma variável exógena, ou independente, como acontece neste caso, em que a nossa variável independente é o programa de intervenção educativo e de apoio emocional de enfermagem “Cuide do seu Coração”, pois é a variável que influencia, determina ou afeta outra variável (dependente). Como refere Marconi e Lakatos (2004), é o fator manipulado pelo investigador na tentativa de assegurar a relação do fator com um fenómeno observado, para ver que influência exerce sobre um possível resultado. A variável endógena ou dependente, o estado de saúde dos idosos participantes, corresponde ao fenómeno a ser explicado, em virtude de ser influenciado, determinado ou afetado pela variável independente (Marconi & Lakatos, 2004).

Como referem ainda Pestana e Gageiro (2005), as medidas repetidas, por envolverem os mesmos sujeitos em diferentes momentos, é muito provável que estejam correlacionadas entre si, pelo que os valores obtidos nas diferentes condições experimentais tendem a estar relacionados, tendo-se assim que avançar com uma nova suposição designada de esfericidade. A esfericidade, também referida por vezes como circularidade, refere-se à igualdade das variâncias das diferenças entre os pares de níveis de tratamentos. Assim, calculando todas as combinações possíveis de pares de condições experimentais e apurando a diferença entre os valores dos sujeitos nessas condições, é necessário que estas diferenças tenham iguais ou semelhantes variâncias para assegurar a esfericidade.

A esfericidade é avaliada pelo teste de *Mauchly*, dispondo o programa SPSS de três correções baseadas em estimadores de esfericidade: o épsilon de *Huynh-Feldt*, o critério *Greenhouse-*

Geisser e o *lower-bound*. Se o resultado for maior que 0,75, deve escolher-se o *Huynh-Feldt*, se for menor que 0,75, deve escolher-se o critério *Greenhouse-Geisser*.

O critério *Greenhouse-Geisser* varia entre $1/k$ e 1, em que k é o número de medidas repetidas. Quanto mais perto o critério *Greenhouse-Geisser* estiver de 1, mais homogêneas são as variâncias das diferenças e tanto mais perto os dados se aproximam da esfericidade. Neste caso, $k=3$, sendo o limite inferior do *Greenhouse-Geisser* 0,50 [= $1/(3-1)$], também designado por *lower-bound* da esfericidade.

Segundo Pestana e Gageiro (2005), as medidas repetidas para serem válidas devem ter consistência interna. Esta define-se como a proporção da variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos inquiridos, isto é, as respostas diferem porque os inquiridos têm diversas opiniões. O *alfa de Cronbach* é uma das medidas mais usadas para verificação da consistência interna de um grupo de variáveis, podendo definir-se como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica. Varia entre o 0 e 1, considerando-se a consistência interna de muito boa (alfa >0,90), boa (alfa >0,80 e <0,90), razoável (alfa >0,70 e <0,80), fraca (alfa >0,60 e < 0,70) e inadmissível (alfa <0,60). O valor obtido representa um limite mínimo inferior da consistência interna. Avaliada a consistência interna através da medida do *alfa de Cronbach*, obtivemos o valor de 0,902, pelo que consideramos de muito boa a consistência interna.

Utilizamos ainda as medidas da estatística descritiva, média, desvio padrão e valores máximos e mínimos, no tratamento dos dados obtidos do MMSE e teste F para medidas repetidas nos parâmetros de avaliação antropométrica e clínica dos idosos.

6.5. Considerações éticas

Os princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana foram considerados. Estes princípios, enunciados por Fortin e cols. (2009), são: *i*) o respeito pelo consentimento livre e esclarecido; *ii*) o respeito pelos grupos vulneráveis; *iii*) o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais; *iv*) o respeito pela justiça e equidade; *v*) o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; *vi*) a redução dos inconvenientes, *vii*) a otimização das vantagens.

Assim, todos os casais obtiveram informação essencial para compreenderem o envolvimento na intervenção, possibilitando-lhes julgar as vantagens e os inconvenientes, sabendo que poderiam cessar a sua participação sem que incorressem em qualquer pena ou sanção. Todos aceitaram e assumiram a participação voluntária em todas as sessões do programa, estabelecendo um acordo, uma espécie de “negociação terapêutica”, para estarem presentes em todas as sessões, assinando o documento do consentimento informado, livre e esclarecido (*Anexo 6*).

Foi solicitada autorização para utilizarmos o questionário de Avaliação de Estado de Saúde (SF-36v2) ao autor (*Anexo 13*).

6.6. Resultados e análise da informação recolhida

Como podemos observar na Tabela 19, 60 idosos (30 casais) frequentaram todas as sessões que constituíram o programa “Cuide do seu Coração”. A sua maioria (80%) era residente da área urbana do centro de saúde e os restantes residiam em localidades mais distantes e rurais. A maioria destes idosos (90%) tinha idades entre 65 e 74 anos, apresentando 80% um nível de instrução até quatro anos de escolaridade. Apesar de termos definido previamente que incluiríamos no programa idosos jovens (com idades compreendidas entre 65 e 74 anos), seis idosos, cônjuges, apresentaram idades ligeiramente superiores (75 e 77 anos), decidindo pela sua inclusão no programa.

Tabela 19.
Caracterização dos idosos participantes no programa de enfermagem

Variáveis		n	%
Género	Feminino	30	50,0
	Masculino	30	50,0
Idade	65 - 74	54	90,0
	75 - 77	6	10,0
Proveniência	Rural	12	20,0
	Urbano	48	80,0
Anos de escolaridade	0 - 4	48	80,0
	6 - 11	12	20,0

Da avaliação do estado cognitivo (MMSE), todos os idosos participantes não revelaram alteração cognitiva, situando-se o valor médio obtido neste instrumento de medida em 28,07 e

desvio-padrão 2,016. Na Tabela 20, apresentamos os valores médios, desvio-padrão, máximos e mínimos dos valores obtidos, de acordo com os diferentes pontos de corte.

Tabela 20.

Status cognitivo dos idosos (MMSE)

Pontos de Corte /MMSE	Mínimo	Máximo	Média (Desvio - Padrão)
Analfabetos (<i>score</i> ≤ 15)	24	25	24,50 (0,70)
1-11 anos de escolaridade (<i>score</i> ≤ 22)	23	30	28,11 (1,95)
> 11 anos de escolaridade (<i>score</i> ≤ 27)	29	30	29,67 (0,57)

Relativamente aos resultados do questionário MOS SF-36v2 e recorrendo ao teste paramétrico F para medidas repetidas, observamos diferenças com significado estatístico nas dimensões saúde geral (SG), vitalidade (VT) e saúde mental (SM), sugerindo que a avaliação dos idosos, participantes no programa “Cuide do seu Coração” no que se refere à saúde geral, à vitalidade e à saúde mental, melhorou após a intervenção de enfermagem.

Sobre as restantes dimensões que constituem este instrumento de avaliação, função física (FF), desempenho físico (DF), dor corporal (DC), função social (FS) e desempenho emocional (DE), verificamos que as avaliações do 1º para o 2º momento obtiveram resultados importantes, assim como do 1º momento para o 3º momento, embora não estatisticamente significativos, conforme podemos observar na Tabela 21.

Tabela 21.

Média, desvio padrão e teste F para medidas repetidas, das dimensões do Questionário SF-36v2

Dimensões	1º Momento M (DP)	2º Momento M (DP)	3º Momento M (DP)	Teste F	<i>p</i>
FF	74,7 (21,5)	80,0 (13,8)	77,4 (19,2)	F (1,98; 117,32) = 2,87	0,061
DF	74,3 (30,0)	80,0 (24,2)	75,0 (24,1)	F (1,76; 103,92) = 1,12	0,323
DC	63,5 (27,1)	71,2 (24,2)	69,4 (24,3)	F (1,97; 116,40) = 2,81	0,065
VT	60,4 (22,7)	70,2 (20,2)	63,8 (18,9)	F (1,99; 117,65) = 7,57	0,001
FS	81,6 (19,9)	86,6 (17,5)	84,5 (21,7)	F (2,00; 118,00) = 1,20	0,304
DE	76,6 (28,0)	84,3 (23,3)	80,0 (24,9)	F (2,00; 118,00) = 2,15	0,121
SM	65,4 (20,0)	77,1 (20,4)	70,1 (20,3)	F (2,00; 118,00) = 9,56	0,000
SG	49,0 (15,7)	56,9 (17,3)	52,9 (15,4)	F (1,83; 108,37) = 6,27	0,003

Estes resultados traduziram objetivamente, na sua dimensão quantitativa, quanto esta intervenção influenciou significativamente as perceções dos idosos acerca do seu estado de saúde e qualidade de vida.

Acerca dos resultados relativos aos vários parâmetros avaliados nos três momentos, peso corporal, IMC, TA sistólica, TA diastólica, PCA, nas idosas e nos idosos, verificamos que todos os resultados, no que se refere aos parâmetros de avaliação selecionados, foram estatisticamente significativos. Todos os valores dos parâmetros avaliados nos três momentos melhoraram, ainda que os valores médios do peso corporal, no último momento de avaliação, ainda se apresentassem no indicador de excesso de peso (Média de IMC = 27,4 Kg/m²) e do PCA nas idosas se encontrem acima dos valores desejados, como podemos observar na Tabela 22.

Tabela 22.

Média, desvio padrão, valores mínimos e máximos e teste F para medidas repetidas, das avaliações de parâmetros clínicos (antropométrico e TA) em três momentos distintos

Variáveis	1º Momento Média (DP)	2º Momento Média (DP)	3º Momento Média (DP)	Teste F	p
Peso Corporal (Kg)	73,3 (12,0)	71,5 (11,9)	71,4 (11,9)	F (1,64; 97,10) = 62,36	0,000
Mínimo	46,0	46	46		
Máximo	106,0	105	105		
IMC (Kg/m²)	28,2 (4,1)	27,5 (3,9)	27,4 (3,9)	F (1,55; 91,42) = 63,40	0,000
Mínimo	19,0	18,6	18,8		
Máximo	38,9	37,2	37,2		
TA Sistólica (mmHg)	138,4 (14,8)	125,0 (13,6)	125,4 (14,4)	F (2,00; 118,00) = 45,19	0,000
Mínimo	110	100	90		
Máximo	180	160	180		
TA Diastólica (mmHg)	76,5 (9,4)	72,6 (7,6)	69,3 (9,1)	F (1,86; 110,07) = 18,04	0,000
Mínimo	50	60	50		
Máximo	95	90	90		
PCA idosas (cm)	94,1 (11,7)	92,4 (11,5)	92,3 (11,1)	F (1,68; 48,95) = 4,63	0,019
Mínimo	74	73	73		
Máximo	120	116	115		
PCA idosos (cm)	99,5 (7,7)	98,1 (7,9)	98,1 (7,6)	F (1,76; 51,18) = 8,67	0,001
Mínimo	84	84	86		
Máximo	116	115	117		

A Tabela 23 permite avaliar a evolução positiva que todos os parâmetros clínicos revelaram ao longo do programa, nos três momentos de avaliação, o que nos leva a sugerir que a continuidade deste programa permitiria perspetivar melhores resultados para os idosos participantes.

Os idosos que no final do programa continuaram com valores de TA sistólica mais elevados foram referenciados, pelo que também este programa permitiu identificar e orientar os idosos que careciam de uma avaliação mais especializada.

Tabela 23.

Dados comparativos dos parâmetros clínicos avaliados nos três momentos (IMC, TA sistólica, TA diastólica, PCA – idosos e idosas)

Variáveis	1º Momento n/%	2º Momento n/%	3º Momento n/%
IMC (Kg/m²)			
Baixo peso (< 18,5)	----	----	----
Peso normal (18,5 - 24,9)	11 - 18%	16 - 27%	17 - 29%
Excesso peso (25 - 29,9)	28 - 47 %	31 - 52%	30 - 50%
Obesidade (30 - 39,9)	21 - 35%	13 - 21%	13 - 21%
Obesidade mórbida (≥ 40)			
Total	60 - 100%	60 - 100%	60 - 100%
TA sistólica (mmHg)			
Ótima (< 120)	3 - 5%	13 - 21%	10 - 16%
Normal (120 - 129)	10 - 16%	21 - 35%	23 - 38%
Normal alta (130 - 139)	9 - 15%	18 - 30%	17 - 29%
HTA grau I (140 - 159)	32 - 54%	4 - 7%	8 - 13%
HTA grau II (160 - 179)	5 - 8%	4 - 7%	1 - 2%
HTA grau III (≥ 180)	1 - 2%		1 - 2%
Total	60 - 100%	60 - 100%	60 - 100%
TA diastólica (mmHg)			
Ótima (< 80)	26 - 44%	39 - 65%	44 - 74%
Normal (80 - 84)	23 - 38%	18 - 30%	13 - 21%
Normal alta (85 - 89)	----	----	----
HTA grau I (90 - 99)	11 - 18%	3 - 5%	3 - 5%
HTA grau II (100 - 109)	----	----	----
HTA grau III (≥ 110)	----	----	----
Total	60 - 100%	60 - 100%	60 - 100%
PCA (cm)			
Idosos - <102	17 - 29%	18 - 30%	18 - 30%
≥ 102	13 - 21%	12 - 20%	12 - 20%
Total	30 - 50%	30 - 50%	30 - 50%
PCA (cm)			
Idosas - < 88	9 - 15%	10 - 16%	10 - 16%
≥ 88	21 - 35%	20 - 34%	20 - 34%
Total	30 - 50%	30 - 50%	30 - 50%

Assim, os valores dos parâmetros registados antes e após a realização do programa “Cuide do seu Coração” mostraram, quando comparados, uma evolução sustentada em resultados estatisticamente significativos, tendo-se verificado uma melhoria em todos eles – TA sistólica e TA diastólica, IMC e PCA. Os valores da TA sistólica e TA diastólica melhoraram significativamente: dos 38 idosos (64%) que iniciaram o programa com valores de TA sistólica acima dos valores desejáveis (> 140 mmHg), apenas oito idosos finalizaram o programa (três meses após) com TA de 140 mmHg e dois idosos com 160 mmHg e 180 mmHg, respetivamente. Estes dois últimos foram orientados para o médico de família, por se tratar de HTA de grau II e III, carecendo de uma avaliação especializada. Os restantes 50 idosos apresentavam os valores de TA dentro dos parâmetros normais, no final do programa.

Quanto ao IMC, verificamos que, dos 60 idosos, só 11 apresentavam IMC dentro dos parâmetros de peso corporal normal. Dois meses depois, nove idosos passaram do IMC de

obesidade para excesso de peso e mais seis idosos passaram a ter um peso corporal dentro dos parâmetros normais. De referir que os restantes reduziram o peso corporal, embora sem alteração na classificação do IMC. A mesma tendência verificou-se em relação ao PCA dos idosos e das idosas que, como sabemos, têm parâmetros de avaliação diferentes (até 102 cm nos homens e até 88 cm nas mulheres). A redução destes valores, embora não tenha sido mais significativa em todos os idosos, tornou possível a confirmação de importantes diferenças em ambos os sexos. Neste parâmetro, verificámos, no terceiro momento, nas idosas valores máximos de 115 cm de PCA e nos idosos 117 cm, sendo que 32 idosos apresentavam no final do programa valores superiores aos considerados normais, reforçando a necessidade da continuidade deste trabalho com as pessoas idosas com HTA, de forma sistemática e maior regularidade no seu acompanhamento.

Relativamente aos parâmetros de IMC e PCA, os resultados obtidos foram concordantes com outros estudos, cujos resultados foram similares. No estudo de Martins e cols. (2009), sobre idosos com HTA, verificou-se igualmente uma predominância (80%) de indivíduos com padrões elevados de excesso de peso e obesidade e com IMC médio de 29,12 Kg/m². Outro dado relevante associado ao elevado IMC e à HTA é a presença de CT elevado. Dados fornecidos pela Fundação Portuguesa de Cardiologia (DGS, 2004c) sobre o perfil lipídico da população portuguesa, apontam para uma parte considerável da população (68,5%) que apresenta um risco moderado para a doença cardiovascular (CT >190 mg/dl) e cerca de 23,4% apresenta um risco elevado (CT ≥ 240 mg/dl).

Resultados de um outro estudo quase-experimental que incluiu 1131 utentes com doença crónica, dos quais 44,9% apresentava HTA, 27% diabetes mellitus tipo 2 e 28,1% apresentava as duas doenças crónicas, participaram num programa de intervenção realizado por enfermeiras em vários centros clínicos do México, durante sete meses, demonstraram, no final do programa, ter aumentado o número de pessoas com valores de TA sistólica <130 mmHg (31,5% para 50,9%); as pessoas com TA diastólica <80 mmHg (13,9% para 28,6%), diminuindo o número de pessoas obesas (50,9% para 46,2%), aumentando as pessoas com excesso de peso (38,6% para 40,2%) e peso normal (10,4% para 13,6%). Verificou-se ainda uma melhoria nos valores de CT e triglicérideos, concluindo que o acompanhamento integral de utentes com doença crónica por enfermeiras, contribuiu para melhorar os ganhos em saúde em CSP (Pérez-Cuevas et al., 2009).

A síndrome metabólica constitui um estado precursor da diabetes e das doenças cardiovasculares, sendo a obesidade e a HTA fatores importantes (Brack, 2009; Carrageta, 2010; Gami et al., 2007). Outros fatores de predisposição para o excesso de peso e obesidade nos idosos são a diminuição das necessidades energéticas causadas por uma massa corporal magra reduzida e um estilo de vida sedentário. Incapacidades físicas crônicas podem também diminuir ainda mais a atividade e aumentar os valores do IMC (Jeckel-Neto & Cruz, 2000). A evidência do papel dos adipócitos no PCA está na origem da síndrome metabólica. A sua definição baseia-se na presença de, pelo menos, três dos seguintes critérios: obesidade (IMC $>30 \text{ Kg/m}^2$); PCA ($>102 \text{ cm}$ nos homens e $>88 \text{ cm}$ nas mulheres); HTA ($>130/85 \text{ mmHg}$); elevação dos triglicérides ($>150 \text{ mg/dl}$); colesterol HDL ($<40 \text{ mg/dl}$ no homem e $<50 \text{ mg/dl}$ na mulher); valores de LDL normal ou pouco elevado e glicemia, aumentada ou elevada ($>110 \text{ mg/dl}$), (Brack, 2009).

Estudos epidemiológicos demonstram ainda que a obesidade é a principal causa predisponente, tanto da HTA, como da diabetes tipo II (Rudman & Cohan, 1997). Estes autores referem que, ao tratar idosos obesos com hipertensão ou com diabetes, a redução de peso é o primeiro passo, merecendo uma atenção cuidada por parte dos profissionais de saúde. Os hábitos nutricionais saudáveis, apropriados e equilibrados, são fundamentais para a manutenção do peso corporal e do bom estado nutritivo e boa saúde. Diminuir a ingestão de gorduras saturadas, como as da carne, dos enchidos, dos queijos gordos, das manteigas, dos alimentos doces e açucarados, limitando o consumo de sal e do álcool e aumentando o consumo de verduras e hortaliças frescas, frutas e peixe, contribuirá para a redução do excesso de peso e da obesidade e para o controlo dos valores da TA e outras comorbilidades. A redução do peso corporal nas pessoas com excesso de peso ou obesidade e com HTA, não só diminui os valores da TA como também potencia o efeito dos medicamentos anti-hipertensivos, reduzindo de forma significativa todos os fatores de risco cardiovasculares associados. A atividade e o exercício físico regular e moderado é igualmente essencial para o tratamento da HTA e da obesidade e é fundamental na vida diária. Equilibra o excesso de consumo calórico, baixa os níveis do colesterol, melhora os níveis da glicemia e promove o relaxamento e a diminuição de stresse (Flood, 2007; Silva García et al., 2006).

Para Ogden (2004), a comprovação das causas da obesidade é complexa, referindo haver provas sólidas da base genética da obesidade, mas ainda são frágeis os dados quanto à forma como ela se expressa. A prevalência da obesidade é, segundo a mesma autora, inversamente

proporcional à diminuição da atividade física, havendo evidência científica de que os obesos fazem menos exercício físico do que os não obesos. É também possível, como refere ainda a mesma autora, que os obesos comam proporcionalmente mais gorduras do que os não obesos. O excesso de peso e a obesidade constituem importantes problemas de saúde pública em Portugal, exigindo estratégias que contemplem a promoção de hábitos alimentares saudáveis e de vida ativa. A DGS (2005b) propõe o planeamento de medidas e a definição de estratégias que devem ser aplicadas pelos serviços prestadores de cuidados de saúde e difundidas pela população, de modo a controlar este grave problema da obesidade. A diminuição do sedentarismo, através da prática regular de exercício físico, tem mostrado marcada influência na melhoria da qualidade de vida dos idosos, atuando favoravelmente no combate da obesidade, na redução dos níveis sanguíneos de triglicédeos e no aumento das lipoproteínas de alta densidade (HDL), que contribuem para a prevenção das doenças cardiovasculares e para a diminuição do fator de risco major e modificável que é a HTA (Jeckel-Neto & Cruz, 2000). Face ao referido, os resultados obtidos nestes parâmetros clínicos no final do programa de intervenção, sugerem a sua continuidade de forma regular, organizando outros grupos de idosos com HTA.

Resultados de outro estudo (Drevenhorn, Kjellgren & Bengtson, 2007), num centro de saúde da Suécia, decorrentes da participação de 100 pessoas hipertensas, com idades entre os 41 e 89 anos, num programa estruturado de intervenção de enfermagem, sobre cuidados na HTA, durante quinze meses, revelaram que todas diminuíram os valores da TA sistólica ($p < 0,01$), três pessoas com consumos elevados de álcool foram identificadas, dois fumadores suspenderam o hábito tabágico, dois novos diabéticos foram identificados e todos aumentaram a atividade física, com uma redução do peso corporal mais acentuada nas mulheres participantes no programa de intervenção de enfermagem. A evidência de que programas estruturados de enfermagem sobre o aconselhamento e acompanhamento de pessoas hipertensas proporcionam uma oportunidade de mudança de comportamentos e estilos de vida foi realçada, salientando ainda a importância e necessidade de acompanhamento em *follow-up*.

7. DA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO À (RE)DESCOBERTA DOS ATORES PARA O CUIDAR TRANSICIONAL: CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM – A 4ª FASE DO ESTUDO

Uma intervenção terapêutica de enfermagem exige avaliação rigorosa e sistemática, permitindo uma reflexão e análise dos resultados, possibilitando a emergência dos saberes que as práticas clínicas integram, facilitando a sua conversão em construtos teóricos que concetualizam o conhecimento profissional, dando assim lugar à última fase deste estudo de investigação-ação.

7.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo cujo objetivo, segundo Munhall (1989) e Fortin e cols. (2009), se centra na compreensão global e aprofundada dos fenómenos e nos resultados obtidos. Privilegia o meio natural e a interpretação, tendo por base os significados que os participantes atribuem a esses mesmos fenómenos, adicionando a compreensão. Na investigação qualitativa, a compreensão é, assim, uma das principais características. Assente no paradigma naturalista ou interpretativo, está associado a uma conceção holística do estudo dos seres humanos, encerrando a crença de que a realidade é baseada nas perceções das pessoas. Os fenómenos são únicos e não previsíveis e o pensamento está orientado para a sua compreensão total. Mais precisamente, o objetivo é considerar os diferentes aspetos do fenómeno do ponto de vista dos participantes, de maneira a poder interpretar esse mesmo fenómeno no seu meio, ou seja, nesta fase da investigação, procurámos compreender o significado da experiência e da avaliação do programa de intervenção de enfermagem, por parte dos diferentes atores intervenientes, procurando a apreensão dos valores e dos significados, reconhecendo a sua relevância e interdependência entre teoria e prática, nas suas ações e interações, nas quais os significados e a realidade são objeto de construção (Denzin & Lincoln, 2000).

7.2. Participantes

Participaram todos os casais integrados no programa e os enfermeiros da UCC que estiveram diretamente implicados no seu desenvolvimento, uma enfermeira da USCP e a enfermeira coordenadora da UCC, permitindo-nos recolher dados, a partir das contribuições dos idosos e das enfermeiras, sobre as suas perceções acerca do desenvolvimento e vivência da intervenção e dos seus resultados, bem como sobre a sua continuidade no futuro.

7.3. Instrumentos de recolha de dados

Utilizámos o registo gravado das reflexões dos idosos sobre o programa e o seu significado para o controlo da HTA que designamos de reflexão falada e recorreremos também à técnica de *focus group* para a obtenção de dados das enfermeiras participantes no programa, sobre a sua reflexão crítica, avaliação e projeções futuras.

A) Reflexão falada

Trata-se de um método de recolha de dados qualitativos baseado no princípio de que cada pessoa entende/percebe os acontecimentos exteriores tal como são apreendidos pela sua consciência, enquanto processo pessoal e individual (Van Someren, Barnard & Sandberg, 1994). Foi desenvolvido a partir do método tradicional da introspeção, assumindo-se como um processo simples de recolha de dados, a partir da verbalização dos acontecimentos, acessível a qualquer pessoa.

A reflexão falada, por princípio, não introduz grandes alterações ao processo de pensamento. A pessoa verbaliza o que lhe ocorre, sem fazer muitas reflexões nem introduzir interpretações aprofundadas. O seu objetivo é compreender os processos cognitivos, os conhecimentos e as estratégias que as pessoas utilizam na resolução de problemas. A melhor forma de compreendermos esses processos é, simplesmente, perguntar e pedir às pessoas que partilhem connosco e verbalizem o pensamento que naquele momento lhes ocorre. Segundo os autores (Van Someren et al., 1994) é um meio de validação ou construção de teorias sobre os processos cognitivos, particularmente utilizados na resolução de problemas.

B) Focus Group

Esta técnica de recolha de dados qualitativos encontra as suas raízes em Robert King Merton, em 1941, mas é a partir da década de 80 que se desenvolve mais intensamente com os investigadores sociais (Galego & Gomes, 2005). Permite a abordagem dos temas em profundidade, revelando características das pessoas que constituem os grupos, que outras técnicas não permitem alcançar. Segundo os autores que se têm debruçado mais sobre esta técnica, os resultados obtidos não são um aglomerado de informações, mas a matéria-prima para se poder chegar à produção do saber científico, através das interações entre os entrevistados e uma atitude não-diretiva do entrevistador que promove um ambiente favorável à espontaneidade, favorecendo o surgimento de atitudes, sentimentos e emoções que dificilmente seriam obtidos com outras técnicas de recolha de dados (Gibbs, 1997; Morgan & Kueger, 1998). É uma técnica apropriada quando o objetivo é explicar como as pessoas consideram uma experiência, uma ideia ou um evento, visto que a discussão permite fornecer informações sobre o que as pessoas sentem e pensam ou sobre a forma como agem, gerando dados diferentes dos que se obtém nas entrevistas individuais pelas interações que se estabelecem entre os participantes (Bloor, Frankland, Thomas & Robson, 2001). Tal como em outras técnicas de recolha de dados qualitativos, tem por finalidade procurar o sentido e a compreensão dos complexos fenómenos sociais, contudo, os propósitos que o caracterizam, contribuem para a sua especificidade.

Assim, o *focus group* visa o controlo da discussão de um grupo de pessoas, inspirado em entrevistas não-diretivas. Privilegia, no dizer de Gibbs (1997), a observação e o registo de reações dos participantes do grupo, permitindo uma maior agilidade na recolha de dados.

É utilizado para observar interpretações alternativas ou complementares aos resultados da investigação, através da construção do conhecimento numa situação real de dinâmica de grupo, em que são analisadas as relações que vão acontecendo, tendo por base as opções de cada elemento do grupo. O conhecimento constitui um valor crítico e reflexivo, com carácter dinâmico e operativo, podendo esta simbiose contribuir para o evoluir da pessoa e da sociedade, emergindo novas atitudes e novas mentalidades (Galego & Gomes, 2005).

Para Giovinazzo (2005), o *focus group* propicia riqueza e flexibilidade na recolha de dados, normalmente não disponíveis quando se aplica um instrumento individualmente, além do ganho em espontaneidade pela interação entre os participantes. Kitzinger (1995) e Sim

(1998), referem ainda que esta técnica permite explorar e compreender fenómenos coletivos e complexos, sendo a análise focalizada nos dados obtidos no grupo e não individualmente.

O *focus group* foi constituído por cinco enfermeiros da UCC, incluindo a enfermeira coordenadora desta unidade e uma enfermeira da UCSP, tomando a investigadora o papel de moderadora, com o propósito de assegurar a participação e a interação entre todos os elementos, procurando não quebrar a dinâmica do grupo nem a sua dispersão em relação aos objetivos estabelecidos, nem que algum dos participantes se sobrepusesse ao grupo, proporcionando um clima favorável à exposição de ideias por todos os participantes (Sim, 1998).

7.4. Procedimentos

Na última sessão do programa e num ambiente descontraído, solicitamos aos casais de idosos que, individualmente, partilhassem o que lhes ocorria no momento sobre a sua participação no programa e o que tinha sido mais significativo para si, relativamente à HTA. Foi solicitada autorização para proceder à gravação das suas reflexões, assumindo alguma moderação para que todos tivessem oportunidade de dizer o que, para si, tinha sido mais significativo.

Para a realização do *focus group* foi utilizado um guião orientador com um conjunto de questões sobre o trabalho desenvolvido, perceções, análise e avaliação dos resultados da intervenção com os grupos de idosos hipertensos (casais) e perspetivas futuras (*Anexo 14*).

No decurso do *focus group* as questões foram colocadas de modo sequencial, conforme o guião orientador elaborado previamente, reforçando o seu objetivo de modo a uma melhor compreensão e aprofundamento do centro de discussão que decorreu sem incidentes, verificando-se que as enfermeiras aderiam bem às questões colocadas, mantendo um interesse na participação e demonstrando satisfação.

Para o tratamento dos dados qualitativos resultantes da reflexão falada dos idosos, recorreremos à técnica da análise de conteúdo, suportada nas orientações de identificação de unidades temáticas e de categorização de Bardin (2011), Amado (2000) e Vala (1989), com base no *corpus* documental, constituído por todos os registos gravados. Procuramos a apreensão dos significados das experiências vivenciadas a partir das palavras dos participantes, registadas em áudio na última sessão do programa “Cuide do seu Coração”.

O *corpus* da análise dos dados obtidos com a realização do *focus group* foi constituído pelos documentos resultantes da transcrição integral da entrevista de grupo, optando-se pela análise de conteúdo, seguindo orientações de Morgan e Krueger (1998), nomeadamente no que concerne à especificidade da análise de uma entrevista de grupo, consistindo essencialmente em três fluxos de atividades em simultâneo: redução de dados, visualização de dados e desenho/conclusão.

Toda a investigação, independentemente da sua natureza, é orientada por critérios de objetividade, validade e fidelidade, constituindo um dos aspetos mais importantes de rigor metodológico e científico. Na pesquisa qualitativa, como referem Lincoln e Guba (1985), o rigor metodológico pode ser aferido por critérios de credibilidade (validade interna), quando apresenta exatidão na descrição dos fenómenos vividos pelos participantes e os investigadores ou leitores reconhecem as experiências, uma vez confrontados com elas. A fiabilidade, traduz-se na exatidão com que o investigador segue um fenómeno e se dá conta das diferentes perspetivas expressas pelos participantes. Quanto à transferibilidade (validade externa), esta reporta-se à transposição dos resultados para outros meios, outras populações, outros contextos e quando os leitores reconhecem que esses resultados fazem sentido e são aplicáveis em termos das suas experiências. A confiança é conseguida através da explicitação das opções tomadas, permitindo auditar o raciocínio do investigador, podendo um outro investigador chegar a conclusões comparáveis, em função dos dados apresentados. Morse e Field (1998), acrescentam ainda o critério de neutralidade da evidência, isto é, a demonstração de que a análise e os resultados são completamente fundamentados nos dados. Também Speziale e Carpenter (2003), referem-se aos conceitos de credibilidade, confiança, transferibilidade e ainda de auditabilidade, o qual designam de *confirmability*, ou seja, a descrição é feita de tal modo que o leitor a pode acompanhar.

Assim, considerámos estes critérios na análise dos dados qualitativos que obtivemos neste tipo de estudo e nesta fase da investigação. A credibilidade foi assegurada durante todo o desenvolvimento da análise dos dados, procurando a evidência de modo a ser reconhecida nas experiências relatadas. A transferibilidade poderá ser observada pela similaridade com resultados de outros estudos de investigação.

7.5. Considerações éticas

Foram tomadas em consideração as questões éticas que esta metodologia envolve, nomeadamente a garantia da confidencialidade de toda a informação recolhida, a importância de intervir uma pessoa de cada vez, de modo a facilitar a audição e compreensão das gravações, respeitando o tempo de cada um, permitindo o esclarecimento do papel da investigadora enquanto moderadora e sobretudo a atitude de escuta ativa e não-seletiva do material verbalizado, a sensibilização para a participação de todos os elementos de forma ativa, realçando a importância da intervenção e participação do grupo como um todo e de cada um em particular.

7.6. Resultados e análise da informação recolhida

Apresentamos seguidamente os resultados decorrentes da análise da reflexão falada dos idosos e dos consensos obtidos resultantes do *focus group* com as enfermeiras.

A) Da reflexão falada com os idosos

Das reflexões partilhadas pelos idosos, obtivemos informação relevante que foi sujeita a um processo de análise. Os saberes partilhados nos grupos, os debates, as discussões e os conhecimentos gerados foram mobilizadores, alertando e motivando os casais para a importância de prestarem mais atenção à sua saúde em geral e à HTA em particular:

“Na parte que me toca a mim, eu acho que estou mais conhecedor de certas matérias que nos fazem mal e que a gente sabe e pode evitar. Fomos alertados e temos obrigação de nós próprios olhar pela nossa saúde.” (SM2)

“Foi bom... tenho mais informação agora. Tenho mais conhecimentos.” (SF7)

Ao ganharem um grau mais elevado de controlo sobre a sua doença crónica, os idosos geraram processos de autoconhecimento e autocuidado que promoveram a escolha e a autodeterminação nas suas decisões de saúde/doença.

A consciencialização da necessidade de participarem mais ativamente nos seus processos de saúde/doença e atenderem aos comportamentos de saúde, foi uma das categorias emergentes das suas reflexões:

“Nós já sabíamos que o colesterol é mau e que a hipertensão também é má e que os médicos alertam a gente “não coma sal. Não abuse. Não faça isto.” Que tome os medicamentos direitos e tudo. A gente sabe isso. Mas não sabíamos a que ponto éramos tão atingidos com essas doenças. Porque, vendo os filmes, dando explicações como podemos ser prejudicados, ficamos com mais consciência de que realmente temos que mudar.” (DF5)

“E os resultados não são só na tensão, como no próprio peso, deixar de beber ou beber menos à refeição.” (SA5)

A aprendizagem, enquanto fator fundamental para os processos de mudança de atitudes e comportamentos face à HTA, foi acentuadamente referida pelos idosos, gerando alterações nos cuidados e comportamentos de saúde:

“...por aquilo que aprendemos. Quando vou cozinhar lembro que tenho de fazer saladas, que não posso esquecer os legumes e de tirar no sal.” (DJ3)

“A alimentação também contribui muito. A gente agora tem mais preocupação com a alimentação ... Tudo contribui para a gente aprender. Andar também já fazíamos. Eu nem sempre vou andar porque trabalho ainda um bocadito na agricultura, mas quando vou, andamos quase sempre uma hora por dia. E depois ainda temos a ginástica, em geral são duas vezes por semana. E claro, tudo isso é bom.” (SL3)

“Aprendi a variar mais as comidas. Eu já tinha cuidado. Nós comemos com pouco sal.” (DA4)

“Aprendi alguma coisa que já pus em prática. No sal, reduzi, reduzi bastante. Há coisas que nem ponho sal. Comecei a fazer as caminhadas mais certas, porque eu fazia, mas depois era capaz de parar muito tempo. E agora estou a fazer isso mais certo. Ainda não emagreci e gostava de emagrecer, mas a minha tensão está mais controlada.” (DE4)

“A mim só me fez bem. A prova é que já emagreci dois quilos. Foi bom. A minha tensão também anda mais controlada e aprendi muito e ainda vou aprender mais com aquilo que está aqui escrito. Agora como coisas diferentes, como mais legumes e quanto ao horário também conta, como menos mas faço mais refeições. Aprendemos muita coisa.” (DT4)

Podemos perceber que a dinâmica que os enfermeiros conseguiram imprimir nos grupos, foi mobilizadora de saberes. Os idosos mostraram-se disponíveis e motivados para melhorar os seus comportamentos. Os resultados que os casais foram observando (valores de TA normais, redução de peso corporal), com as mudanças de comportamentos que iam introduzindo nos seus cuidados diários, foi um fator motivador. Os instrumentos e materiais utilizados durante

as sessões e os documentos que foram facilitados aos idosos em todas as sessões, encorajaram igualmente a mudança de crenças e comportamentos:

“Eu aprendi a não encher o prato duas vezes à refeição. O vinho, reduzi metade e depois o sal, também reduzimos. Nós já reduzíamos, mas agora é mais. Como também mais vezes ao dia, mais fruta. É que eu tomava o café de manhã ... e não era capaz de ir comer uma peça de fruta, nem nada. Estava com aquele apetite para o almoço e então aí eu era um autêntico lobo, quer dizer, enchia o prato duas vezes, o copo também... e pus um ponto final. Fiz uma redução e estou a sentir-me melhor.” (SJ5)

“Aprendi, aprendi a não comer tanto que eu também comia muito ... como mais verduras que não comia. Comia muito pão, era tudo à base de pão e agora já não. Batatas ... nem tanto, mas quando era arroz, era muito. Se fosse de cabidela então ainda era pior. Chegava a comer dois pratos dele, bem cheios Agora como muito menos.” (DL7)

A definição de objetivos específicos para cada sessão e a sua concretização, através de estratégias e atividades previamente definidas, constituíram um estímulo e encorajaram os idosos a serem persistentes nos resultados, fornecendo um padrão claro para avaliar ao mesmo tempo que em todas as sessões lhes era proporcionado *feedback*, estimulando-os a perseguir os resultados que iam alcançando:

“Aprendemos o que devemos comer, sem gorduras, mais peixe, menos carnes vermelhas e mais carnes brancas. É de continuar assim Estou com mais atenção no sal, também já diminui. O meu peso e a tensão está mais baixa. Foi bom.” (SJ7)

“Aprendi bastante, porque não comia como agora. Já faço diferente Eu era capaz de pôr tudo junto arroz, batatas ... quanto ao coração, claro, temos de cuidar dele que é nosso.” (DE3)

A capacitação para o autocuidado que, como refere Cavanagh (1993), é a totalidade de atividades que um indivíduo realiza para manter a sua vida, saúde e bem-estar, foi relatada pelos idosos, que se referiram às capacidades que desenvolvem e atividades que realizam diariamente e que fazem parte do regime terapêutico não-farmacológico da HTA. Orem (1995), apresenta-nos este conceito de autocuidado, como uma atividade desempenhada pela pessoa, inserida num contexto sócio-cultural, com o objetivo de manter a vida, o funcionamento e o desenvolvimento humano, que pode ser realizado pelo próprio, por familiares ou técnicos de saúde. Para Orem (1993), as pessoas apresentam exigências de autocuidado universais e de desenvolvimento que, quando ligadas aos desvios de saúde, requerem tempo, conhecimentos, habilidades e competências com a finalidade de manterem a

maior autonomia possível. É relevante a relação entre a promoção da autonomia e o processo de responsabilização e capacitação.

A mudança dos comportamentos relacionada com a alimentação, o consumo de álcool e a realização de exercício físico, foi referida de forma muito significativa, sugerindo que os idosos estavam a fazer esforços para adquirir e interiorizar hábitos e estilos de vida mais saudáveis:

“Olhe, por exemplo no sal. Eu não era muito amiga de pôr muito sal na comida, porque às vezes o meu marido dizia: “está insonso”. Mas agora retirei mais ainda.” (DI2)

“Eu também é no sal. Dantes ele achava a comida insonsa e agora já não. Já está mais habituado.” (DC2)

“Eu também encontro que sim, mas para mim era melhor com mais sal. Eu estou a tentar e agora já me estou a habituar mais um bocadinho, com menos sal.” (SA2)

“Já não frito nada, o sal também já melhorei, porque eu gostava assim um pouquinho a saber ao sal, mais gostoso, pronto, mas sei que faz mal e já retirei mais um pouco.” (DM5)

“Mudou, quer dizer, mudou na maneira de beber. Mas és tu (o marido) que tens de dizer...” (DF5)

“Na bebida, reduzi. Reduzi à refeição. Bebo o normal. Reduzi.” (SJ5)

A relação estabelecida entre todos os elementos participantes, o contacto semanal com os casais de idosos e com as enfermeiras, promoveu a confiança e reforçou o apoio entre os pares, aumentando o compromisso em atingir o objetivo desejado. Vários incentivos e reforços positivos foram utilizados como estímulos para a continuidade e interesse nos resultados já alcançados (*Anexo 15*). Para além disso, o convívio interpessoal, a criação de um ambiente informal, tranquilo, onde todos tinham um espaço e um tempo para esclarecer dúvidas, falar e dizer o que pensavam das suas vivências e experiências pessoais, proporcionou não só momentos de reflexão, de aprendizagem e de capacitação do que podiam e deviam fazer pela sua saúde e controlo da HTA, mas também possibilitou a melhoria de estados emocionais de tristeza, ansiedade e stresse, em alguns idosos, revelando benefícios para a sua saúde:

“Para mim foi uma grande coisa, pois eu sentia-me fechada e estava muito em baixo e foi uma coisa que me ajudou muito a enfrentar esta temporadita. Penso que vou continuar, daqui para a frente, a sentir-me como me sinto desde que comecei a vir para aqui.” (DG2)

“Isto também nos acalma os nervos. Foi um tempo bonito e nós temos agora mais cuidado na tensão. Primeiro nós nem ligávamos muito, porque a tensão estava-me a 16 e agora tem estado a 12 e 13. Agora tenho mais cuidado. No sal, eu tenho mais cuidado. E quem diz o sal também o doce. Se vou comer algum doce que tem muito açúcar, então só como metade.” (DJ3)

“E ainda mais contente fiquei pelo meu marido que tem estes problemas todos [DPOC, faz oxigenoterapia permanente por sonda nasal]. Mas acho que está diferente, está mais alegre, já conversa mais.” (DC3)

“A convivência faz-nos muita falta. É importante para a saúde. É verdade”. (DE3)

Os conhecimentos partilhados no grupo, a descrição de vivências e experiências significativas da vida dos idosos, a motivação e os momentos de interação, promovidos entre todos os participantes, foram fundamentais para os processos de consciencialização e aprendizagem. Para Redman (2003), um dos princípios mais importantes da aprendizagem é que o comportamento muda de acordo com as suas consequências imediatas. As consequências agradáveis dão força ao comportamento e reforçam-no. Os idosos mobilizaram capacidades para manter a sua qualidade de vida, adquirindo ou ajustando comportamentos facilitadores do autocuidado, no controlo da situação de doença - HTA, providenciando mais saúde e um envelhecimento mais ativo, mais saudável e bem-sucedido. A realização deste programa e a sua participação constituiu, para estes idosos, um fator facilitador das transições relacionadas com o seu próprio processo de envelhecimento e com a doença crónica, a HTA.

A Tabela 24 agrupa as categorias e as subcategorias, resultantes da análise das reflexões dos idosos no final da intervenção de enfermagem.

Tabela 24.

Categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdo das reflexões dos idosos

Categorias	Subcategorias
Consciencialização	Responsabilização Aprendizagem Capacitação para o autocuidado
Autocuidado	Atitudes e comportamentos de saúde
Socialização	Relação entre pares Melhoria dos estados emocionais

Facilitar a aquisição de conhecimentos, promover a aprendizagem e a mudança de comportamentos e apoiar os idosos na vivência de estados emocionais geradores de tensão, de angústia ou de tristeza, foram fundamentais no desenvolvimento da intervenção de

enfermagem. A aprendizagem permite ter uma reação mais favorável ao stress pois, como refere Watson (1979), aumentando a sua capacidade para prever o que lhe pode acontecer e favorecendo um melhor controlo sobre si mesmo, reduz os seus medos e ansiedade. As vivências e as experiências partilhadas entre os casais e os enfermeiros durante o programa “Cuide do seu Coração” foram basilares para a consciencialização da transição, da mudança e do ajustamento à doença crónica, para a capacitação de comportamentos promotores de saúde, para a necessidade do controlo da HTA e para um envelhecimento com mais saúde.

Igualmente Eliopoulos (2005), inclui nas suas metas dos cuidados de enfermagem aos idosos com doença crónica:

- a) Melhorar a capacidade de autocuidado na doença crónica, pois esta requer novas exigências de cuidados como ter dietas especiais, modificar atividades, tomar medicamentos, aprender a usar equipamentos e dispositivos de apoio. As ações de enfermagem passam pela educação sobre a doença e o seu tratamento, estabilização e melhoria da saúde, interesse e motivação para o autocuidado e acompanhamento regular e periódico.
- b) Gerir a doença, uma vez que os idosos com doença crónica necessitam de possuir conhecimentos sobre a doença e os cuidados. As suas capacidades precisam ser melhoradas para tomar os medicamentos, cumprir dietas. Motivá-los é essencial para promover o autocuidado.
- c) Prevenir complicações, pois os idosos devem conhecer possíveis complicações da doença e saber preveni-las de uma forma ativa. As complicações levam à diminuição do autocuidado e aceleração da deterioração. Serão os cuidados que visam prevenir as complicações que fazem toda a diferença.
- d) Protelar a deterioração e o declínio, dado que, pela sua natureza, as doenças crónicas serão progressivamente piores e um esforço consciente precisa ser feito para prevenir possíveis complicações.
- e) Conseguir a melhor qualidade de vida possível, pois é necessário promover um autoconceito positivo. A introdução de atividades que satisfaçam e tragam prazer e recompensa são importantes para o sentimento de bem-estar.

A Figura 15 pretende esquematizar a relação entre as várias unidades de categorias e subcategorias emergentes das reflexões dos idosos, o controlo da HTA, como resultado da

transição, e o envelhecimento ativo. Este é, como sabemos, um desafio da OMS às comunidades para aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão a envelhecer, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidado (WHO, 2002a, 2005b).

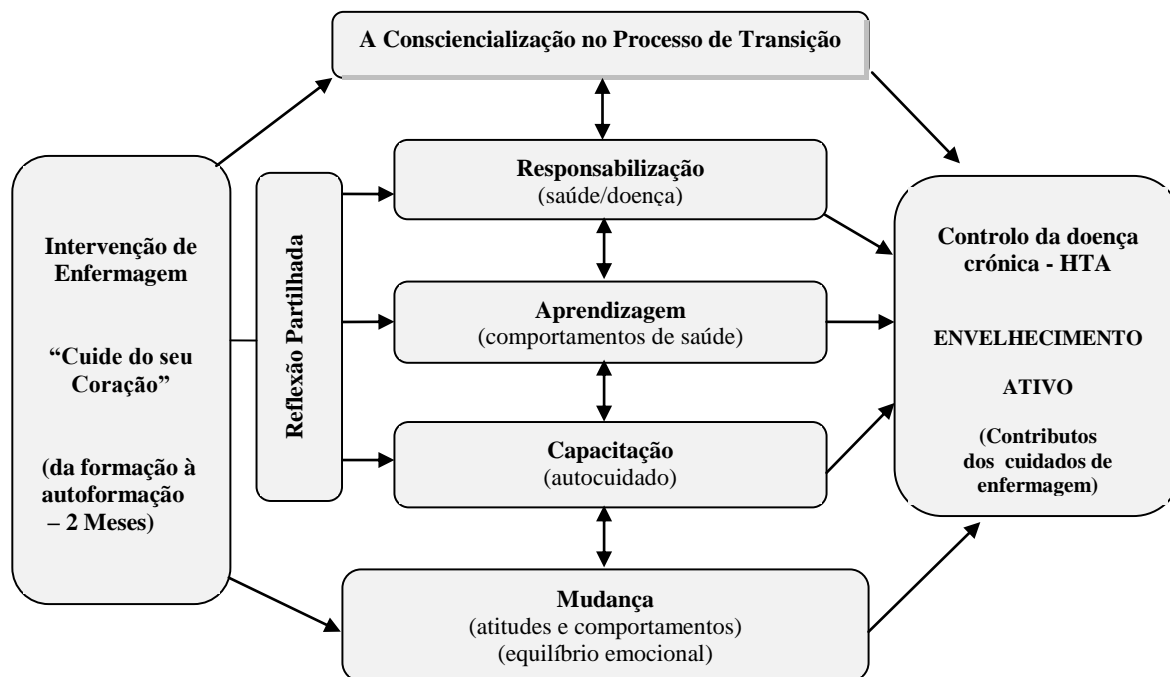


Figura 15. A consciencialização e a mudança no processo de transição

A saúde é entendida hoje como uma dimensão mais global e social, como um recurso para a vida, em que os enfermeiros são parceiros dos seus clientes, auxiliando-os nos seus projetos de saúde, reforçando o conceito de cuidados centrados na pessoa, família e na comunidade, sendo estes decisores ativos no seu processo de vida e, por isso, de saúde e doença (Costa, 2012).

B) Do focus group com as enfermeiras

Sobre a intervenção, participação e avaliação do programa "Cuide do seu Coração", as enfermeiras puderam partilhar e discutir em grupo as suas perceções sobre o trabalho que desenvolveram, os resultados obtidos e ainda os projetos para a continuidade desta intervenção. As enfermeiras referiram-se ao programa como um bom investimento, não só em relação à adesão ao regime terapêutico, como na prevenção e melhoria da qualidade de vida dos idosos com HTA:

“É um bom investimento. É um bom investimento em termos de prevenção. Prevenção de complicações. Não em relação à hipertensão – eles já são hipertensos, mas em relação às complicações da hipertensão. E não só em relação à hipertensão como também de outras doenças. Ao fazer este investimento na mudança de comportamentos, vão investir no seu próprio corpo. É um investimento positivo, em termos da hipertensão, além de evitarem as complicações podem melhorar em termos de qualidade de vida. Eu acho que aderem de uma forma diferente.”
(EB)

Foi um investimento positivo e facilitador da adesão ao regime terapêutico da HTA. Esta intervenção possibilitou a oportunidade que faltava aos idosos e seus cônjuges, de conhecerem de que modo pode ser afetada a sua saúde se a HTA não estiver controlada, de uma forma que os enfermeiros consideraram adequada para facilitar a sua compreensão:

“A conclusão a que eu cheguei é que todos eles sabem o que faz mal e o que faz bem. Todos eles sabiam. Não sabiam é de que forma é que faz mal e de que forma é que outras possibilidades de mudar o seu comportamento, outras hipóteses e que são fáceis que eles têm, sem ser aquela forma radical de cortar. É nesse sentido que eu acho que foi positivo e estão a aderir. Estão a aderir mais. Nós insistíamos muito ‘não faça isto’ ou ‘não faça aquilo’ e chegou a uma fase de saturação. E eles voltam ao mesmo. Chegou a altura de nós também mudarmos um bocadinho. Pode ser nos programas e pode ser na consulta de enfermagem.” (EB)

A organização dos assuntos, a utilização de informação, com recurso a materiais que puderam ser facilmente assimiláveis nos conhecimentos já existentes e a atitude das enfermeiras, foram estratégias significativas, constituindo um guia orientador potencial para comportamentos mais saudáveis e desejáveis, levando os idosos a um maior envolvimento na gestão da doença. A dinâmica implementada nos grupos foi facilitadora para o seu maior envolvimento na adesão a comportamentos de saúde, não só pela partilha de vivências pessoais significativas, mas também da partilha do saber adquirido:

“Eu acho também que eles se sentiram mais envolvidos e o facto de estarem em grupo e em partilha das vivências de cada um, os ajudou. Ouvir os exemplos de uns e de outros os ajudou bastante. As ideias transmitidas por todos foram importantes para todos. Esta partilha e os momentos de envolvimento ativo foram importantes para perceberem como tudo é importante para a nossa saúde geral.” (ED)

O envolvimento dos idosos nas transições é uma propriedade fundamental. Meleis e cols. (2000), bem como Squire (2005), definem o envolvimento como o compromisso que a pessoa

demonstra no processo de transição, através da procura de informação, da sua participação ativa e do envolvimento em atividades de mudança, como modificações no ambiente ou nas atividades diárias, acrescentando que a consciencialização da transição pode influenciar o nível de envolvimento e que este pode não surgir se não houver conhecimento. A partilha de informação e de vivências partilhadas permitiram aos idosos uma perceção mais autêntica da importância dos cuidados e da centralidade do papel decisório que detêm nos assuntos que à sua saúde e à sua pessoa dizem respeito.

As pessoas podem adequar os seus comportamentos através da observação de outras pessoas, filmes ou instruções, como afirma Redman (2003). A auto-eficácia percebida, é uma crença da pessoa face à sua capacidade para realizar um determinado comportamento com sucesso e o seu julgamento baseia-se em várias fontes de informação, nomeadamente os estados fisiológicos percebidos a partir dos quais julgam parcialmente a sua capacidade, força e vulnerabilidade. O facto dos idosos se encontrarem em grupo e partilharem experiências e comportamentos relativos à doença - HTA, permitiu a criação de condições favorecedoras para a mudança e a obtenção de resultados favoráveis, originando mais motivação para o ajustamento a comportamentos mais saudáveis:

“Eu encaminhei muitos casais idosos para este programa e aquilo que eu percebi é que eles, após o programa, vêm mais receptivos e mais contentes por sentirem que a sua saúde está mais controlada. Vêm com as novidades todas, do que fizeram e do que prepararam para eles e sentem-se mais satisfeitos porque estão mais controlados, sentem-se melhor e mais motivados ... o facto de irem às sessões consecutivas perceberam que estava da parte deles mudar. E não tanto por nós estarmos sempre a dizer e a proibir. Houve idosos que me disseram mesmo que tinham mudado: comem com menos sal, bebem mais água e caminham mais a pé. O que é bom!” (EE)

A motivação aqui descrita pelas enfermeiras constituiu uma “alavanca” fundamental ao longo de todo o desenvolvimento do programa, estimulando e encorajando o estabelecimento do diálogo, da comunicação, da atenção e do cuidado personalizado. A exploração das crenças e atitudes face à saúde e à doença contribuiu para clarificar e ajudar a definir as mudanças que os idosos pretendiam realizar. Ao alcançarem essas metas, o sentido de compromisso com a saúde/doença e o regime terapêutico, os idosos foram introduzindo pequenas alterações nos seus comportamentos diários, observando melhorias nos valores da HTA, do peso corporal e do PCA, que funcionaram como reforço positivo e *feedback*, motivadores e encorajadores da sua continuidade. A mudança foi, assumidamente, resultante de uma motivação interna, dos

próprios idosos e o objetivo das enfermeiras foi fazer com que elaborassem escolhas informadas, permitindo uma relação dinâmica, em que ambos partilham responsabilidades no tratamento da doença e nos resultados. *Feedback* e reforço positivo, segundo Figueiras (2011), são relevantes para motivar as pessoas para a mudança de comportamentos ou para o ajuste do mesmo em relação ao cumprimento dos objetivos estabelecidos.

A motivação é um conceito central que descreve ação e forças atuantes, explicando diferenças na intensidade e direção dos comportamentos (Redman, 2003). Para esta autora, a motivação é aumentada pelo modo como os programas educacionais e os materiais utilizados são organizados e a informação é mais ou menos significativa para as pessoas. Estudos que utilizaram materiais individualizados, produziram melhorias significativas na implementação de comportamentos, mostrando-se mais eficazes nos resultados do que estudos que utilizaram material mais genérico (Figueiras, 2011). Não dependendo apenas dos aspetos atrás referidos, mas de muitos outros fatores, pessoais, sociais, culturais e ambientais, não é uma tarefa fácil de ser alcançada e, por isso, um período de tempo superior pode ser necessário (Drevehorn et al., 2007).

A tendência para utilizar o discurso proibitivo com a finalidade de diminuir um comportamento menos saudável, tem sido um recurso utilizado pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros. No entanto, estas enfermeiras reconheceram que os resultados obtidos com este tipo de discurso penalizador para os idosos são imprevisíveis e podem não ser aqueles resultados que desejam alcançar, assumindo que as intervenções proibitivas não são aquelas que dão melhores resultados. Mais importante será a possibilidade da mudança, sem recorrer à culpabilização, mas antes à valorização das capacidades, do respeito pelo idoso e compreensão, motivando e encorajando para estratégias de *empowerment*:

“Eu acho que o que lhes faltava era a motivação. Nós já sabíamos que a educação já existia. Já todos tinham. Nas consultas individuais isso era feito. Faltava a motivação. Neste programa foi dada a motivação e aquele poder que lhes temos de dar – o tal empowerment, porque são eles que têm de mudar. A educação mais a motivação. Era essa falha que existia e é essa possibilidade que lhes é dada nos grupos.” (EC)

“Têm a possibilidade de experienciar. É uma aprendizagem diferente. O facto de estarem em grupo não se sentem julgados, mas responsabilizados e até se podem ajudar mutuamente.” (ED)

Os enfermeiros da UCSP, como explicitaram, receberam idosos na consulta individual que já tinham participado no programa, observando-os mais satisfeitos, com valores de TA controlados e mais confiantes, mais participativos e colaborativos com o regime terapêutico. Como salienta Frich (2003) no seu estudo, nas pessoas idosas com doenças crónicas, cujos resultados se mostraram mais favoráveis para a sua saúde física e psicossocial, observou maior satisfação.

“Eles sentem-se ao mesmo nível do profissional nas sessões. Não são julgados, não se julgam e não julgam os outros. São mais abertos e sentem-se mais à vontade e até acaba-se por falar de assuntos, como por exemplo na sexualidade, naturalmente. Primeiro há um impacto do que posso ou não posso falar aqui, mas depois conversa-se naturalmente porque não se está a apontar ninguém e não se sentem avaliados. Nas sessões eles sentem-se à vontade para falarem de tudo.”
(EB)

“Eles na consulta não estão tão à vontade. Sentem-se mais avaliados. Vão com mais receio. Porque se a tensão estiver mais alta ou estiver com mais peso a enfermeira já lhes vai ralhar. Nas sessões estão mais à vontade. É um espaço de não julgamento nem culpabilização. Há um bem-estar que é também psicológico que os ajuda a aceitar de forma diferente e a aderir.” (EE).

O *empowerment*, ou capacitação, surge na Declaração de Alma-Ata (1978) pela primeira vez, em que se defende a importância das pessoas assumirem o controlo e a responsabilização sobre a sua saúde. Esta declaração reconhece que as pessoas devem envolver-se ativamente no seu processo de desenvolvimento, referindo que é direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planeamento e implementação dos seus cuidados de saúde (OMS, 1978). Não se limita a aumentar a sua participação mas a sugerir que o *empowerment* é uma componente necessária dos CSP (Laverack, 2008), implicando também um posicionamento diferente dos enfermeiros na relação com os utentes. Este conceito traduz, na sua essência, um conjunto de mecanismos de compreensão e influência sobre forças pessoais, sociais, económicas e políticas, com impactos diversos nas situações de vida do indivíduo, grupo ou comunidade (Schulz, Israel, Zimmerman & Checkoway, 1995).

Do ponto de vista individual, o *empowerment* refere-se à capacidade desenvolvida pela pessoa para tomar decisões pessoais, relacionada com construtos de auto-eficácia. Traduz um processo de aquisição de conhecimentos e competências que promove um acréscimo de poder e controlo das pessoas sobre a sua vida. Trata-se de reconhecer que as pessoas são sujeitos ativos nos seus processos de saúde, admitindo que os mesmos são detentores de capacidades

que lhes permitem exercer a sua autonomia (Ouschan, Sweeney & Johnson, 2000). Jones e Meleis (1993), definiram o *empowerment* como um processo social de reconhecimento, promoção e desenvolvimento de habilidades de identificação de necessidades pessoais, de resolução dos problemas e mobilização dos recursos necessários para o controlo da própria vida, sendo o *empowerment* dos utentes um processo de ajuda no controlo de fatores que afetam a sua saúde. A adesão aos comportamentos preventivos e terapêuticos resulta em promoção da saúde que é o incremento do poder (*empowerment*) comunitário e pessoal, por meio do desenvolvimento de habilidades e atitudes, conducentes à aquisição de poder técnico e saberes para atuar em favor da sua saúde (Laverack, 2001; Spinato et al., 2010).

Assim, o processo de *empowerment* implica ajudar o doente a desenvolver um sentido de controlo através da educação, encorajando-o a participar ativamente na sua saúde individual. Para Feste e Anderson (1995), o *empowerment* é entendido como “um processo educacional desenhado para ajudar os doentes a desenvolver o conhecimento, características, atitudes e o grau de auto-prevenção, necessário para assumir efetivamente a responsabilidade das decisões sobre o seu estado de saúde” (p.139), demonstrando o papel dos educadores, como os enfermeiros, que identificam problemas e necessidades de aprendizagem e dos doentes como intervenientes ativos nos processos de tomada de decisão e comprometimento com o plano de mudança de comportamento.

Empowerment nos cuidados de saúde é baseado nos princípios filosóficos do entendimento do utente/cliente como elemento igual e autónomo na equipa de saúde, com capacidade para tomar decisões e ter controlo sobre a sua própria vida (Israel, Checkoway, Schulz & Zimmerman, 1994). Ao nível individual, *empowerment* interliga-se/está relacionado com o autocontrolo, a auto-eficácia e desenvolvimento. Para Gibson (1991), trata-se de um processo social de reconhecimento e promoção de capacidades pessoais para identificar necessidades, resolver problemas e mobilizar os recursos necessários para sentir controlo na sua própria vida. Durante as sessões, as enfermeiras experimentaram uma relação terapêutica de proximidade e parceria, ao reconhecerem e identificarem capacidades que foram mobilizadas nos idosos, com respostas positivas de maior participação e envolvimento no controlo da HTA.

Também os enfermeiros se referiram ao ambiente terapêutico promovido nos grupos, sugerindo uma aprendizagem mais ativa e participativa. Foi criado, no âmbito do programa, um ambiente de aprendizagem em que os idosos tiveram acesso a informação, saberes e

conhecimentos, facilitadores do processo de transição e mudança, sem se sentirem julgados nem punidos, mas responsabilizados pela saúde e controlo da doença. Promoveram-se, assim, ajustamentos mais eficazes ao regime terapêutico, farmacológico e não-farmacológico, fundamentais para o controlo e prevenção de complicações da HTA e de outros fatores de risco cardiovascular e de doenças crónicas não transmissíveis.

Estes idosos estabeleceram uma relação de proximidade com as enfermeiras, enquanto parceiras de cuidados, na promoção da sua saúde e do seu bem-estar. O *empowerment* conduz à partilha do poder, à responsabilização na tomada de decisão, possibilitando aos idosos controlar melhor a doença crónica, na medida em que possuem mais conhecimento sobre a mesma (Mesquita, 2003). Vários estudos indicam que o *empowerment*, neste contexto, surge como uma mais-valia, quer ao nível da melhoria da qualidade de vida dos idosos, quer ao nível da redução da dependência dos profissionais de saúde (WHO, 2006b, Neuhauser, 2003).

Os idosos não se sentiram julgados nem avaliados e, por isso, mostraram-se disponíveis para focar os diversos assuntos relacionados com as temáticas em discussão, sentindo-se confiantes, aceites e valorizados, pelos casais no grupo e pelas enfermeiras. Sentiram-se parceiros no grupo e as enfermeiras surgiram como apoiantes e reforçadoras do funcionamento individual e familiar, utilizando o conhecimento num contexto de parceria. Para Wallerstein e Bernstein (1988), o processo de *empowerment* envolve uma transformação de consciência, tanto para o enfermeiro como para o idoso e cônjuge, tornando a relação mais permeável e coerente.

Os enfermeiros enfatizaram os momentos de encontro e partilha de experiências que o programa proporcionou nas sessões que se desenvolveram semanalmente, durante cerca de 16 meses. O respeito pelo idoso e a sua aceitação incondicional, com as suas características particulares, possuidores de uma história e de um saber vivido e experienciado ao longo dos anos, tantas vezes revestido de dificuldades e sofrimento, possibilitou a existência de um ambiente facilitador que contribuiu para desenvolver as suas capacidades face ao regime terapêutico, de forma mais consciente e responsabilizadora do que era habitualmente conseguido na consulta individual de enfermagem.

A ideia de que o profissional de saúde sabe sempre o que é melhor para o doente, e que quando o plano falha é porque este não seguiu as suas diretivas, emerge ainda do modelo biomédico. A culpa é do doente, porque não cumpriu. A persuasão e a manipulação coerciva

são estratégias utilizadas para levar os doentes a cumprir e a gerir os seus processos de doença, mas a experiência tem mostrado que estas estratégias são ineficientes, especialmente para as pessoas com doenças crónicas. Estas estratégias levam os doentes a manterem muitos comportamentos que os profissionais de saúde tentam mudar (Lau, 2002). Ao contrário, o *empowerment* pressupõe o respeito do doente pelos profissionais que o auxiliam a tomar as decisões de uma forma mais significativa. Os doentes são encorajados a agir autonomamente, através da partilha da informação e da colaboração na tomada de decisão. Compreender como os doentes percebem a sua doença e o tratamento, tem mostrado ser positivo para a adesão ao regime terapêutico e tem produzido melhores resultados, no dizer de Lau (2002). Tveiten e Knustsen (2011) referem que, não só os utentes mas também os profissionais devem ser re-educados nos seus papéis de parceiros nos cuidados e nos tratamentos, sublinhando a importância do diálogo no processo de *empowerment*.

Um aspeto essencial no *empowerment* é o respeito mútuo, assente no valor da vida humana e na construção de uma relação terapêutica entre o profissional de saúde e a pessoa/cliente /idoso, tornando-o participante ativo do seu próprio cuidado, capaz de tomar decisões e contribuir para uma visão mais alargada do sistema de saúde.

A Tabela 25 integra as diferentes categorias e subcategorias emergentes dos consensos obtidos a partir dos discursos das enfermeiras.

Tabela 25.

Categorias e subcategorias resultantes do *focus group*. Os consensos obtidos acerca do programa “Cuide do seu Coração”

Categorias	Subcategorias
Investimento na Saúde	Prevenção de complicações da HTA Prevenção de outras doenças crónicas Adesão ao regime terapêutico Melhoria da qualidade de vida
Envolvimento na Doença	Participação ativa no tratamento Controlo dos fatores de risco Melhoria no autocuidado
Motivação	Saúde mais controlada Mais satisfação Mais informação
Empowerment	Decisão partilhada Parceria nos cuidados Mais autonomia

As enfermeiras salientaram os contributos positivos que o programa proporcionou para o seu próprio enriquecimento, nomeadamente no desenvolvimento de novas estratégias de intervenção, competências e do enriquecimento mútuo que foi obtido:

“Eu acho que o programa também ajudou as enfermeiras a desenvolverem estratégias novas de intervenção com os idosos e a modificar as estratégias em cada sessão e acho que isso foi muito bom porque contribuiu muito para o seu enriquecimento. Nós estávamos habituados a uma intervenção muito individualizada. Com o grupo é diferente e vieram ajudar-nos bastante. Foi bom para eles mas também foi bom para nós. De certa forma eles ajudaram-nos bastante e as estratégias utilizadas foram muito importantes neste enriquecimento mútuo.” (EA)

Nos grupos foram implementadas dinâmicas participativas e mais demonstrativas, relacionadas com as temáticas abordadas durante as sessões. Esta complementaridade entre consulta e programa de intervenção de enfermagem, com os grupos de casais idosos hipertensos, permitiu também aos enfermeiros a aquisição de novas competências:

“Essas estratégias novas, a maior parte delas, são estratégias que nós não conseguimos pôr em prática numa consulta individual. Porque muitas dessas sessões são práticas. Nós mostrávamos muitas coisas ali, ao vivo, o que não conseguíamos fazer nas consultas individuais. E por isso é que eu acho que o programa desenvolvido em grupo e a consulta individual se completam. Nós não temos tempo de fazer o que fazemos com os grupos nas consultas individuais, porque as sessões são sobretudo práticas.” (EC)

Frequentemente, os idosos expressam as suas dificuldades, referindo que não conseguem obter informações relevantes para as suas necessidades. Lau (2002), refere-se precisamente a este facto, advertindo que o tempo da consulta é muito limitado e muitas vezes insuficiente para explicar cabalmente a situação clínica e as opções de tratamento. Outro aspeto também importante é a extensão de informação que deve ser dada, sendo por vezes difícil decidir. A duração das sessões permitiu proporcionar informação e aprendizagem adicional que não era possível desenvolver no tempo possível da consulta individual.

Para Redman (2003), estão disponíveis poucos dados sobre serviços de educação para a saúde e investigações acerca da perceção dos clientes sobre as suas experiências de saúde/doença mostram insatisfação significativa nos aspetos educacionais e de apoio emocional. A informação recebida é confusa e pouco fidedigna, não aliviando o medo e a ansiedade. Refere também a autora que, frequentemente, os serviços ou programas geridos por enfermeiros, fornecem educação para a saúde e ensinam o autocuidado, muito útil para muitas doenças

crônicas, exemplificando com um programa sobre antitabagismo, gerido por enfermeiros, em que o índice de cessação tabágica foi significativamente superior após 12 meses, do que os clientes que recebiam o procedimento médico e um folheto informativo. Lorig e Holman (2003), demonstraram ser possível ensinar clientes com várias doenças crônicas, em grupos, pois as competências de autocuidado que necessitam ser aprendidas são comuns, incluindo a manutenção da nutrição, a dieta, o reconhecimento de sintomas, o exercício adequado, incluindo técnicas de redução do stresse e interação eficaz com os prestadores de cuidados, relações com outras pessoas significativas e controlo de respostas psicológicas a doenças como a depressão.

Os enfermeiros assumem, assim, uma avaliação positiva do trabalho de intervenção realizado e do seu próprio enriquecimento, com a participação e envolvimento no programa, nomeadamente no desenvolvimento de novas estratégias de intervenção e aquisição de novas competências.

As enfermeiras manifestaram sentimentos que experimentaram, de satisfação e motivação, baseados na evidência dos resultados obtidos:

“Eu gostei. Acho que gostei mais porque houve adesão. Ao ver-se uma adesão grande, isso satisfaz-nos e motiva-nos. E mesmo sendo idosos vêm que podem ter um futuro de qualidade e que os próximos anos podem ser de uma vida boa. Eles aderindo a isso, tendo essa capacidade, porque eles tinham esse conhecimento mas não o sentiam. E sentindo, passam a ter a necessidade de manter uma vida com qualidade e evitar a complicação. Se há mudança de comportamento e esse é o nosso objectivo isso motiva-nos também.” (EB)

“Acho que nos ajudou a ver que o trabalho que fazemos vale a pena e que temos que insistir e não desistir.” (EC)

“Este tipo de trabalho era uma necessidade sentida pelo grupo, pelos enfermeiros. Faltava-nos este tipo de trabalho para termos resultados e resultados positivos como este teve. Porque nós já sabíamos que ele era necessário e a sua importância. Mas precisávamos de certa forma de constatar o potencial dos enfermeiros no trabalho que já fazem. Faltava-nos os resultados e foi importante por isso.” (EA)

A satisfação e a motivação expressas pelas enfermeiras nas suas intervenções constituíram resultados alcançados. E isso foi o mais importante para estas enfermeiras, pois observaram resultados congruentes com o cuidado e o processo de cuidar em enfermagem. Naturalmente,

contributos fundamentais para a qualidade de vida daqueles idosos e para um envelhecimento mais saudável, ativo e bem-sucedido.

As enfermeiras enfatizaram o trabalho desenvolvido e os resultados obtidos, realçando a importância de dar continuidade a este programa, aprofundando e consolidando esse conhecimento. Cuidados de enfermagem que não penalizam, mas responsabilizam e conduzem à satisfação e motivação.

As enfermeiras expressaram ainda o que sentiram face à mudança nas estratégias utilizadas, sendo difícil inicialmente, quando confrontados com um novo desafio e o receio da mudança:

“Inicialmente, eu tremia ao pensar no programa porque não sabia por onde começar. Não tinha bem a noção. Algumas coisas nós sabemos e temos experiência. E assim refletindo, fomos construindo e acho que foi um bom caminho. Foi pegar no fio da meada e foi muito bem. É preciso ir por aí. Mantinha as temáticas das sessões. Podia acrescentar algumas coisas ou alterar outras mas, basicamente, mantinha porque todas as temáticas são importantes.” (EB)

A articulação entre as unidades UCC e UCSP é, no entender das enfermeiras, fundamental para o acompanhamento regular e sistemático dos idosos com doença crónica e família, traduzindo-se numa vantagem, na sua perceção, com consequências positivas para a adesão ao regime terapêutico:

“Estas sessões que constituem o programa completam, complementam a consulta individual e nós todos temos de ter uma articulação e perceber quais são os ganhos.” (EC)

“A enfermeira da USF identifica também quais foram os ganhos em saúde que os idosos obtiveram por terem frequentado o programa e podem identificar outros idosos que necessitam de participar e frequentar as sessões e então referencia-os para a UCC para serem integrados nos grupos. É esta articulação que tem de existir entre as unidades.” (EA)

Acerca do futuro deste projeto e da sua continuidade, as enfermeiras defenderam que deveria ser uma estratégia para manter e para continuar, pois como evidenciaram, traduziu-se numa mais-valia para todos:

“Nós arrancamos com este projeto inserido nesta unidade e no plano de actividades [da UCC]. Ele é uma das nossas apostas. Temos outros projetos em curso e em nosso entender eles são todos para continuar. É evidente que dá muito trabalho, sobretudo quando os recursos são escassos ... a adesão ao regime terapêutico precisa de um acompanhamento mais regular dos idosos com doença crónica.” (EA)

“...e apesar das dificuldades, conseguirmos os resultados que conseguimos, dá-nos algum alento para continuar. Nesse sentido o centro de saúde está de parabéns. Estes projetos são todos para continuar com certeza. É esse o nosso propósito Em nosso entender este programa será para continuar. Vamos ver o que vai acontecer. Ao fim de três anos vai ser feita uma avaliação e vamos ver com o que vamos continuar.” (EA)

“A avaliação que fizemos é positiva. É uma mais-valia para todos.” (EB)

É mesmo nisto que eu gosto de trabalhar...

“ É muito bom trabalhar com grupos. Já falei muitas vezes sobre isso. Há sempre aquele ‘nervoso miudinho’, quando vamos iniciar uma sessão. Ainda hoje, à segunda-feira e quando se aproximam as duas da tarde, já sinto ‘um nervoso miudinho’ porque sei que vou trabalhar com um grupo e é diferente falar com um grupo ou individualmente. Mas depois de estar lá dentro e quando termina a sessão e, é sempre assim, em todas as sessões, quando termina a sessão, eu penso para mim: ‘é mesmo nisto que eu gosto de trabalhar’. Custa, dá trabalho, dá trabalho preparar as sessões, dá trabalho constituir os grupos, dá trabalho iniciar tudo, mas também nada se faz sem trabalho. Mas depois de fazer as sessões e ver os resultados, mesmo quando termina uma sessão, fico satisfeita. É bom ... acho que é mesmo nisto que eu gosto de trabalhar. É muito gratificante e sentimo-nos bem.” (EC)

Como refere Nunes (2006), os enfermeiros escolheram comprometer-se no cuidado ao outro, no seu percurso vital de finitude irrecusável e de fragilidade e vulnerabilidade, carecendo de cuidados de enfermagem. É verdadeiramente autónomo o enfermeiro que é capaz de conduzir o seu trajeto profissional na convergência desse compromisso, de capacidade e de tomada de decisão, caminhando para a satisfação e contentamento, numa ação solícita e de respeito pelo outro, construindo relações interativas, dinâmicas e solidárias de cuidados.

Na Tabela 26, apresentam-se as categorias e subcategorias resultantes do *focus group* com as enfermeiras, sobre ganhos profissionais obtidos com o programa “Cuide do seu Coração”.

Tabela 26.

Categorias e subcategorias emergentes do *focus group* – Resultados da intervenção

Categorias	Subcategorias
Enriquecimento das competências profissionais	Novas estratégias de intervenção Estratégias de intervenção práticas e participativas Adequação das estratégias aos grupos de idosos Prática fundamentada na evidência científica
Melhoria na articulação entre as UFS	Complementaridade nas intervenções de enfermagem Ganhos em saúde dos idosos e famílias
Motivação	Satisfação Auto-estima Autoconfiança “não desistir, mas insistir”

O centro de saúde passou a dispor de uma sala de enfermagem de intervenção terapêutica para grupos, onde vários procedimentos terapêuticos são desenvolvidos com os idosos, como a avaliação da TA, a preparação e seleção de alimentos mais saudáveis, demonstrando e promovendo nos idosos e conjuges, capacidades de autocuidado, autonomia e independência no controlo da doença crónica – HTA.

Será que quando são proporcionadas condições favoráveis de organização do trabalho dos enfermeiros, possibilitando novas estratégias de intervenção, os resultados dos cuidados de enfermagem são mais congruentes com o que estes entendem ser o seu desígnio profissional, que os satisfaz e motiva para continuar a investir na profissão e nos cuidados? Os enfermeiros compreendem a relevância das suas intervenções e assumem a responsabilidade das suas ações, reconhecendo quanto estas podem influenciar a saúde e o bem-estar das pessoas (Mártires, 2007).

Num outro estudo realizado por Basto (2012), a autora salienta a competência das enfermeiras na utilização do seu saber para cuidar do cliente como ser cultural (agindo de acordo com os seus valores e crenças, capaz de decidir), mas que só o conseguem em determinadas condições de trabalho, que nem sempre existem.

PARTE III

CUIDAR DE IDOSOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL:

UM PROCESSO (CO)CONSTRUIDO

Os enfermeiros constituem, na equipa de saúde, um recurso efetivo do sistema para responder às necessidades de saúde das populações. Tomam por objeto de estudo as respostas humanas, envolvidas nas transições geradas por processos do desenvolvimento humano, ou por eventos significativos da vida das pessoas que exigem adaptação, como o envelhecimento e a saúde/doença.

Meleis e Trangenstein (1994), definiram a enfermagem como um processo facilitador das transições promotoras de sentimentos de saúde e bem-estar. As pessoas idosas são, no dizer de Meleis (1991), os utentes recetores de cuidados de enfermagem que experienciam transições relacionadas com a sua condição de idoso, com a sua doença crónica e com as suas perdas. O enfermeiro estabelece com o idoso/família uma ligação interativa propiciadora de uma relação terapêutica, facilitadora de adaptação aos processos de transição que ocorrem, perspetivando o desenvolvimento de capacidades que permitem manter e promover a saúde e o bem-estar.

A doença é, frequentemente, o resultado de um estilo de vida não-saudável ou pouco saudável. Por vezes, as pessoas idosas não encontram motivação para viver de acordo com as melhores práticas de saúde, ou porque estão doentes, ou porque lhes faltam conhecimentos, ou, ainda, porque não podem ou não conseguem utilizar os recursos existentes e necessários para a prevenção ou cura da doença (Henderson, 2007). Por isso, é importante que o regime terapêutico seja aquele que o idoso ajudou a planear, facilitando o seu próprio processo de transição. Ele deve percebê-lo e aceitá-lo, sabendo que possui as condições necessárias para o integrar na sua vida diária, pois de contrário será mais difícil, se for por imposição. Quanto mais iniciativa o idoso tiver, mais probabilidade o regime terapêutico farmacológico e não-farmacológico, terá de ser eficaz. Quer isto dizer que quanto maior for o envolvimento da

pessoa idosa no seu próprio regime terapêutico, mais eficaz será. Orientação, execução, vigilância, instrução, treino e educação são parte integrante dos cuidados de enfermagem a todos aqueles que procuram a cura ou o controlo das suas doenças. Os enfermeiros, mais do que qualquer outro profissional da saúde, podem fazer da experiência de vida do idoso e da sabedoria adquirida com esta mesma experiência, uma oportunidade para este orientar e procurar viver o tempo que tem para viver de uma forma plena, equilibrada e harmoniosa. O objetivo permanente será sempre manter ou restaurar a autonomia e ajudar a viver o melhor possível com a natural irreversibilidade de algumas limitações inerentes ao próprio processo de envelhecimento. Para isso, os enfermeiros possuem conhecimentos científicos, técnicos e competências humanas para identificar os processos de transição e reconhecer as necessidades dos idosos e da família, de forma a estabelecer as intervenções apropriadas às suas dificuldades, muitas vezes associadas a limitações e incapacidades, isolamento social, sofrimento psíquico e escassez de recursos. Estes conhecimentos e competências devem capacitar os enfermeiros, em nome de um elementar princípio ético, e encaminhar os idosos para outros profissionais de saúde, sempre que as situações de fragilidade ou doença assim o exijam. Como se sabe, é também responsabilidade dos enfermeiros colaborar com os restantes profissionais na promoção da saúde, na prevenção da doença, na recuperação e reabilitação da saúde, tendo em vista a máxima autonomia das pessoas idosas e família.

As transições requerem conhecimentos, alteração de comportamentos e também alteração do conceito da pessoa idosa num contexto social. As transições são resultado de mudanças que ocorrem na vida dos seres humanos que, por sua vez, conduzem a processos de mudança na vida, na saúde e nas relações com as outras pessoas e com os diversos contextos ambientais (Bronfenbrenner, 2005; Meleis et al., 2000). Assim, o conceito de transição, é central e integrador nos cuidados de enfermagem. Mudanças desenvolvimentais e no estado de saúde, pelo seu carácter dinâmico associado ao ciclo vital, geram processos de transição que constituem, em si mesmos, momentos de vulnerabilidade. De facto, na vivência desses processos, os idosos encontram-se mais vulneráveis e, conseqüentemente, mais expostos aos fatores de risco para a saúde, pelo que frequentemente os enfermeiros prestam cuidados antecipatórios, prevenindo complicações mais graves para os idosos e seus familiares.

1. AVALIAÇÃO CONCLUSIVA DA INTERVENÇÃO

Eventos significativos que acontecem na vida das pessoas idosas geram instabilidade e exigem processos de adaptação. A vivência da doença crónica (HTA) e do próprio processo de envelhecimento, requerem uma integração de saberes e de novos conhecimentos facilitadores de uma adaptação saudável que permitem manter a sua integridade física, psíquica e social.

Os conhecimentos explicitados, partilhados e discutidos nos grupos, conduziram a processos de apropriação do saber relacionado com a HTA, com o regime terapêutico e com a saúde em geral, resultando num sentido de maior responsabilização individual e familiar face à saúde e à doença. Este *input* de informação, ao encontrar eco em cada um dos membros participantes, criou condições para que se passasse a uma etapa seguinte que é já a da formação, isto é, uma nova visão, uma nova forma de encarar a situação de risco e de lhe fazer face, traduzindo-se em ações e resultados. Tratou-se verdadeiramente, em nosso entender, de um processo de aprendizagem por *insight*, resultante da tomada de consciência não só da sua condição de vulnerabilidade face à doença mas também da importância fundamental que cabe a cada um face ao risco. Como adverte Squire (2005), a consciencialização conduz à identificação de situações que afetam a saúde e ao desenvolvimento de capacidades.

De facto, uma das conclusões mais interessantes deste nosso trabalho sugere que cada um destes idosos tomou consciência que não é uma vítima da sua doença, um sujeito passivo da HTA e do envelhecimento, mas sim alguém cuja atitude de vida se mostra determinante para aceitar ou contrariar a progressão dos fatores de risco para a HTA e de um envelhecimento patológico. A doença e a HTA não são uma inevitabilidade da vida nem tão-pouco do processo de envelhecimento, mas sim uma situação que depende quase sempre da capacidade de controlo sobre a própria vida e saúde, intimamente associada ao autocuidado e a comportamentos saudáveis.

A consciencialização da transição saúde – doença foi fundamental para estes idosos. A consciencialização da HTA, suas complicações e a intencionalidade de aquisição de novos conhecimentos relacionados com a doença e o envelhecimento, conduziu à aquisição de capacidades e mobilização de saberes, atitudes e mudanças de comportamentos face à doença crónica que, segundo Meleis e Trangenstein (1994), podem não surgir quando esse conhecimento não existe ou não acontece.

A criação de um ambiente facilitador de aprendizagem, enquanto dimensão do conhecimento, foi um fator importante de mudança. Esta refletiu-se na capacidade de autocuidado através de comportamentos de saúde percebidos que foram sendo integrados e realizados nas atividades diárias, importantes para o controlo da doença e manutenção da saúde.

A mudança de atitudes e de comportamentos relacionados com a doença crónica, como na alimentação, no consumo de álcool, na atividade e exercício físico, assuntos muito debatidos e muito discutidos nos grupos, foram integrados pelos idosos de uma forma muito significativa e sugestiva dos resultados em ganhos de saúde alcançados. A mudança é também uma propriedade importante das transições, já que todo o processo de transição, como o próprio desenvolvimento pessoal, implica mudança (Dacey e Travers, 2002; Meleis et al., 2000). A necessidade de mudar atitudes e comportamentos com o objetivo de diminuir fatores de risco face à HTA conduz a estilos de vida que beneficiam não só a saúde cardiovascular mas também a qualidade de vida no seu todo. Comer melhor, moderar o consumo de bebidas alcoólicas, deixar de fumar e ter atividade física adequada à idade, não traz benefícios apenas para o coração, mas para a saúde em geral e para a qualidade de vida, em especial. Esta melhoria trará consigo necessariamente uma diminuição dos custos financeiros, económicos, individuais e institucionais (Carrageta, 2010; Pádua, 2008; ACS, 2011).

Se a informação, por si só, não é suficiente para desencadear mudanças nas atitudes e nos comportamentos, sem informação, estas mudanças também não chegam a operar-se. A informação torna-se, assim, uma condição necessária mas não suficiente para produzir a mudança.

A relação entre os casais de idosos e as enfermeiras e a criação de um ambiente facilitador de aquisição de conhecimentos práticos, de apoio psicossocial e de oportunidade de um espaço e um tempo para verbalizarem o que realmente pensavam e consideravam importante, proporcionaram não só momentos de aprendizagem, responsabilidade e desenvolvimento de capacidades para o autocuidado e a autonomia, mas também momentos de descontração, de segurança e de confiança, permitindo-lhes melhorar a sua socialização, saindo do isolamento, partilhando experiências, usufruindo do apoio dos pares. Um estudo de metanálise de Cann, Valentine e Cooper (2002), indicou que as intervenções de grupo são mais eficazes, pois promovem o suporte social dos pares para a mudança de comportamento, através do encontro do grupo com uma frequência regular, recorrendo à utilização de material didático e estratégias de aconselhamento e auto-monitorização mais eficazes do que as estratégias

individuais. Este aspeto, inerente à dinâmica criada pela rede de interação e intercomunicação do próprio grupo, foi facilitador na vivência de estados emocionais negativos como a tristeza, a angústia e a ansiedade, decorrentes de acontecimentos de vida, como perdas significativas, que deixaram feridas psicológicas.

A eficácia da componente emocional nos programas educativos em grupos com doentes crónicos é reconhecida a vários níveis: na investigação e na prática clínica, aumentando o sentido de competência e autoestima, melhorando a adesão aos tratamentos (Anderson, 1996; Walsh & Anderson, 1987). Também Paúl e Fonseca (2001) referem que as atividades necessárias a desenvolver face à doença crónica, relacionadas com a vida quotidiana e a necessidade de lhe darmos um outro sentido, podem ser facilitadas quando partilhadas em grupos, verificando-se um efeito positivo dessa troca de experiências para a autoestima dos indivíduos, retirando-os da solidão a que frequentemente a sua condição de extrema vulnerabilidade os remete. Também a partilha de informação sobre a doença e os procedimentos adequados para lhe fazer face, controlo da medicação e da dieta, são fundamentais para assegurar a máxima autonomia. Verificamos, pelas reflexões faladas e partilhadas, que para estes casais de idosos, este programa de enfermagem funcionou também como uma oportunidade de encontro que reforçou a sua autoestima e confiança.

Sentimentos traduzidos em autoconfiança, autonomia e independência permitiram avaliar positivamente os resultados da intervenção de enfermagem através do programa “Cuide do seu Coração”. A perceção dos idosos no que se refere a estados emocionais difíceis de controlar, como estados de tristeza e de ansiedade, melhoraram durante a sua participação no programa, ao longo dos dois meses em que o mesmo decorreu. Como relataram, estes momentos de interação foram importantes para os idosos que os vivenciaram, pois a interação e o apoio social influenciaram também o estado psicológico, melhorando a perceção dos idosos sobre o seu estado de saúde e bem-estar.

Para as enfermeiras que participaram na construção e implementação deste programa de intervenção, o mesmo resultou, como referiram, num bom investimento, traduzido em ganhos em saúde, decorrente da mudança de comportamentos e atitudes à adequação e ajustamento ao regime terapêutico, farmacológico e não-farmacológico.

Este programa revelou-se um investimento importante e facilitador da adesão ao regime terapêutico e da gestão da doença. A falta de conhecimentos e de capacidades dos idosos para

a tomada de decisão, foram consciencializadas pelos grupos como um obstáculo à mudança e foi também reconhecido que o discurso proibitivo e a culpabilização são impeditivos da mudança, revelando-se uma estratégia de intervenção paternalista, com resultados imprevisíveis e não-desejáveis, centralizada quase em exclusivo nos profissionais que partem da premissa que são eles que sabem e podem escolher o que é melhor para os idosos. Este discurso coloca implicitamente os profissionais de saúde e os idosos em patamares diferentes, numa hierarquia em que aqueles são olhados como detentores do saber e do poder, e os idosos numa atitude de aceitação passiva traduzida no cumprimento do regime terapêutico. Esta atitude assimétrica, baseada na supremacia hierárquica é, em si mesma, a negação da possibilidade de estabelecimento de uma aliança terapêutica e, em última análise, a negação da própria autodeterminação do idoso. No dizer de Squire (2005), ao valorizar as pessoas idosas e o seu direito à autodeterminação, podemos maximizar o seu controlo sobre as suas vidas e, desse modo, melhorar o seu sentimento de bem-estar.

Para as enfermeiras, estes idosos demonstraram motivação e interesse na mudança de comportamentos, atitudes e tomada de decisão face ao regime terapêutico necessário e fundamental para o controlo da sua saúde. Para estas enfermeiras, os idosos compreenderam que estava ao seu alcance mudar e que atitudes e comportamentos adequados poderiam obter mais saúde e melhor qualidade de vida, controlando não só a HTA mas também outras doenças crónicas, prevenindo complicações e outros problemas de saúde mais graves.

Ao envolver as pessoas idosas nos seus próprios cuidados de saúde, aumentamos a sua confiança e permitimos que tenham mais voz na prestação de cuidados que afetam a sua própria saúde, constituindo um parceiro informado na determinação das suas próprias necessidades.

Adquirir um novo comportamento é um processo, não um acontecimento, exigindo aprendizagem através de aproximações sucessivas de comportamentos, concretizando etapas e desenvolvendo a disposição para a etapa seguinte, proporcionando um aumento gradual de aprendizagem e motivação.

A constituição dos grupos de casais idosos inseridos neste programa, permitiu aos enfermeiros estruturar a sua intervenção numa lógica diferente da que era habitual. Com efeito, a intervenção dos enfermeiros passou a ser desenvolvida numa lógica de parceria, em que profissionais e idosos se encontraram numa relação de proximidade no que se refere ao

processo de tomada de decisão, conduzindo a uma nova abordagem face à maior capacitação dos idosos e maior consciencialização do seu papel no processo de saúde. Neste contexto, a educação e o apoio emocional permitiram que os idosos tomassem consciência da sua responsabilidade pessoal sobre a sua saúde, encorajando-os a experimentar novas respostas e a assumir uma atitude mais ativa e comprometida na gestão da doença.

Segundo Redman (2003), a aprendizagem mais eficaz ocorre experimentalmente em situações reais, através dos utentes e das tarefas que precisam realizar por si próprios, consoante a necessidade de se tornarem competentes. Esta autora afirma que, quando a educação para a saúde é conduzida seriamente, são criados ambientes realistas de aprendizagem. Ambientes de aprendizagem realistas e motivadores serão os meios mais eficazes, mesmo para os utentes com pouca educação formal. Acrescenta ainda que os grupos fornecem também um modo económico de ensino. A experiência de ter o apoio de um grupo, obtendo motivação para aprender com os outros membros, diminui também os sentimentos de isolamento social que muitas vezes ocorrem nas pessoas, sobretudo nos mais idosos. As competências adquiridas podem agora ser rentabilizadas e não desperdiçadas, pois os recursos são sempre escassos, traduzindo-se numa mais-valia para a continuidade deste projeto.

Para Meacham (1990), o saber e a sabedoria desenvolvem-se em ambientes que proporcionam uma atmosfera particular, por ele designada de “atmosfera de sabedoria”. Segundo este autor, uma atmosfera de sabedoria é um ambiente em que as dúvidas e as incertezas não só podem, como devem, ser abertamente expressas. Numa atmosfera de sabedoria, as ambiguidades e as contradições são consideradas como momentos particularmente ricos. Atitudes e afirmações de carácter absolutista não contribuem para o desenvolvimento de uma atmosfera de sabedoria. Ao contrário, o questionamento contribui para o desenvolvimento de sabedoria. A postura dogmática frente ao conhecimento, acompanhada de isolamento social e de centração em si próprio, dificulta ou torna impossível a escuta e o respeito pela opinião dos outros, assim como a dúvida paralisante que se reflete na impossibilidade de entrar em diálogo com os outros e de encontrar nas trocas de opinião suporte para uma atitude mais confiante frente ao conhecimento e à ação, impossibilitando a criação de uma atmosfera que desenvolva a sabedoria.

Como em todo o processo educativo, os programas desenvolvidos com grupos de pessoas com doenças crónicas, exigem continuidade e não podem constituir atos isolados, conduzidos ao esquecimento. A complementaridade entre a intervenção em grupo e a consulta individual

é fundamental. Para Guerra González (2002), a intervenção individual permite dar continuidade aos programas em grupo, reforçando os conhecimentos, esclarecendo incertezas, permitindo avaliar e valorizar os ensinamentos de forma personalizada e particular, conduzindo a pessoa a intervir sobre a sua doença de forma responsável.

1.1. Proposta de um modelo cuidativo de enfermagem para idosos com hipertensão arterial

A prática dos cuidados de enfermagem é resultante da pessoa do enfermeiro, do contexto em que são prestados os cuidados (em que a situação do utente tem um papel central) e dos modelos profissionais utilizados (Basto, 2012). Como refere esta autora, espera-se que a investigação demonstre a eficácia dos cuidados de enfermagem para os utentes a quem se dirigem. Os cuidados de enfermagem referentes às intervenções profissionais dos enfermeiros buscam contribuir para a saúde e o bem-estar dos idosos e família que procuram os serviços de saúde. Os enfermeiros, através da relação terapêutica e competência, intervêm com os utentes idosos e família que são parte integrante do contexto sócio-cultural onde vivem e habitam, resultando intervenções de carácter complexo, numa tríade - pessoa - ambiente e enfermeiro. A competência profissional dos enfermeiros exige uma elevada compreensão do contexto social e cultural em que a pessoa a quem prestam cuidados se situa, impondo simultaneamente um modo equilibrado de gerir as suas intervenções com vista à obtenção dos melhores resultados em saúde e bem-estar.

Um modelo de intervenção cuidativa de enfermagem, orientado para a vivência de processos de transição saudáveis, para a autonomia e independência de idosos com doença crónica, terá de ser suportado por uma responsabilidade partilhada, co-construída, numa relação entre enfermeiro/idoso e família, através de intervenções que promovam a autonomia para a tomada de decisão, confluindo na adequação do regime terapêutico, nomeadamente para comportamentos e estilos de vida saudáveis que permitam alcançar o melhor controlo da doença e do processo de envelhecimento, mantendo por um período, o mais longo possível, a sua qualidade de vida e bem-estar. Benner (2001), refere a necessidade de modelos que descrevam, interpretem e expliquem a prática de enfermagem, práticas do cuidado comum de enfermagem, tal como ele é praticado no dia a dia, e Collière (2003) salienta que a fonte do saber de enfermagem deve emanar também daqueles que o praticam, mesmo quando são

incapazes de o exprimir adequadamente, sob pena de orientações específicas continuarem numa teorização distanciada e vaga.

Como refere Rebelo (2012), o fundamento da ação dos cuidados de enfermagem que pretendem promover a saúde, reside no “entre” a doença e a pessoa que a tem, nos processos que desenvolve para prosseguir o seu projeto de vida com saúde, com qualidade de vida e bem-estar, surgindo a perícia e a experiência dos enfermeiros que fazem toda a diferença, no modo como sustentam o seu juízo profissional e implementam as intervenções adequadas. Este processo utiliza saberes e competências essenciais ao exercício profissional das práticas clínicas. São conhecimentos profissionais não apenas práticos, mas também científicos e técnicos que são colocados nas ações de enfermagem.

Os quatro processos de cuidar em enfermagem que pretendemos realçar na Figura 16, são, em nosso entender, um suporte fundamental das ações nos cuidados de enfermagem aos idosos e família com doença crónica:

- a) *Processo de consciencialização* - Devido à doença ou a situações de risco e vulnerabilidade, as pessoas idosas com HTA experienciam dificuldades manifestadas por necessidades não satisfeitas, dificuldades na transição, respondendo de forma não-adaptada à situação de doença que vivenciam, com repercussões negativas, agravando a sua situação de risco e vulnerabilidade. É através da identificação dessas necessidades que o enfermeiro faz o planeamento das suas intervenções terapêuticas, implementa e avalia resultados, promovendo a saúde e prevenindo complicações, ou recuperando o saudável equilíbrio da pessoa idosa, tomando como fundamental o processo de consciencialização da situação de saúde vivenciada. A educação para a saúde objetiva a consciencialização dos idosos para a necessidade de mudança no estilo de vida, entendendo e conhecendo o regime terapêutico, favorecedor de um comportamento mais participativo. Como refere Rodrigues e cols. (2005), o processo de consciencialização assenta num procedimento ativo, transformativo, de reflexão-ação, de modo que as pessoas reconheçam as suas necessidades, examinem as causas subjacentes, equacionem um plano de ação e adquiram as capacidades necessárias para lhes dar resposta.
- b) *Processo de capacitação* - Refere-se às pessoas idosas e família e às suas capacidades para a autonomia, autoeficácia, autodeterminação, isto é, serem capazes de manter o controlo sobre a sua própria vida. Os cuidados de enfermagem têm como finalidade contribuir para

a saúde e o bem-estar do utente (pessoa ou grupo que procura os serviços de saúde), sendo o objeto dos cuidados a pessoa em transição que, no caso particular da doença crónica, se faz no sentido de diminuir a vulnerabilidade e os fatores de risco (Schumacher, Jones & Meleis, 1999). Os cuidados são concretizados nas intervenções que os enfermeiros realizam com os idosos e família, mobilizando saberes que, como outros profissionais, utilizam na sua prática quotidiana, com vista à obtenção de ganhos em saúde, por meio de capacitação, visando a autonomia na tomada de decisão. Viver com mais saúde está sobretudo na capacitação e atitudes pessoais que levam o idoso e a família a desenvolver-se e adaptar-se a modos de vida mais saudáveis.

c) *Processo de tomada de decisão* - O ato de decidir é um facto presente e constante na vida pessoal de cada um. De forma simplificada, podemos definir a tomada de decisão como “um ato que significa necessariamente a escolha entre uma ou mais alternativas ou opções, com vista a alcançar um resultado desejado” (Ciampone, 1991, p.192). Decidir é escolher, de entre as escolhas possíveis, aquela que, segundo o julgamento pessoal, parece ser a mais adequada aos objetivos que se pretendem alcançar. Mais do que reconhecer a autonomia e a autodeterminação pessoal, pretende-se uma capacitação para a tomada de decisão como um processo dinâmico, flexível e contínuo, em que o acesso à educação e à informação são essenciais para se conseguir uma tomada de decisão efetiva. A pessoa adquire maior controlo sobre a sua vida, proporcionado, quer por um ganho de conhecimentos, quer pelo desenvolvimento de competências individuais que lhe permitem a tomada de decisão e uma participação efetiva no seu projeto de saúde (Schulz et al., 1995; WHO, 2006b).

d) *Processo de transição saudável* - As transições estão ligadas a processos de desenvolvimento humano, acontecimentos da vida ou situações de saúde/doença que indiciam uma mudança, obrigando à incorporação de novos conhecimentos e alteração de comportamentos e atitudes. A transição é uma passagem, seja ela de uma fase, condição ou estado para outra fase, condição ou estado. Envolve elementos de processo, tempo e perceção (Chick & Meleis, 1986). Desde o nascimento à morte, como enfatiza Collière (2003), toda a vida é marcada por uma sucessão de passagens (transições), as quais para serem ultrapassadas, exigem cuidados. Daí a necessidade de compreender como se desenvolvem, o que caracteriza o seu desenrolar, para entender a importância e a finalidade dos cuidados, assegurando que a vida humana se realize, prossiga e se transmita. Para esta autora, a passagem é uma prova de adaptabilidade, de ajustamento, porque faz-nos passar

do que conhecemos para o que ainda não conhecemos ou conhecemos parcialmente, sendo que se reveste ao mesmo tempo de um carácter biológico, afetivo e social.

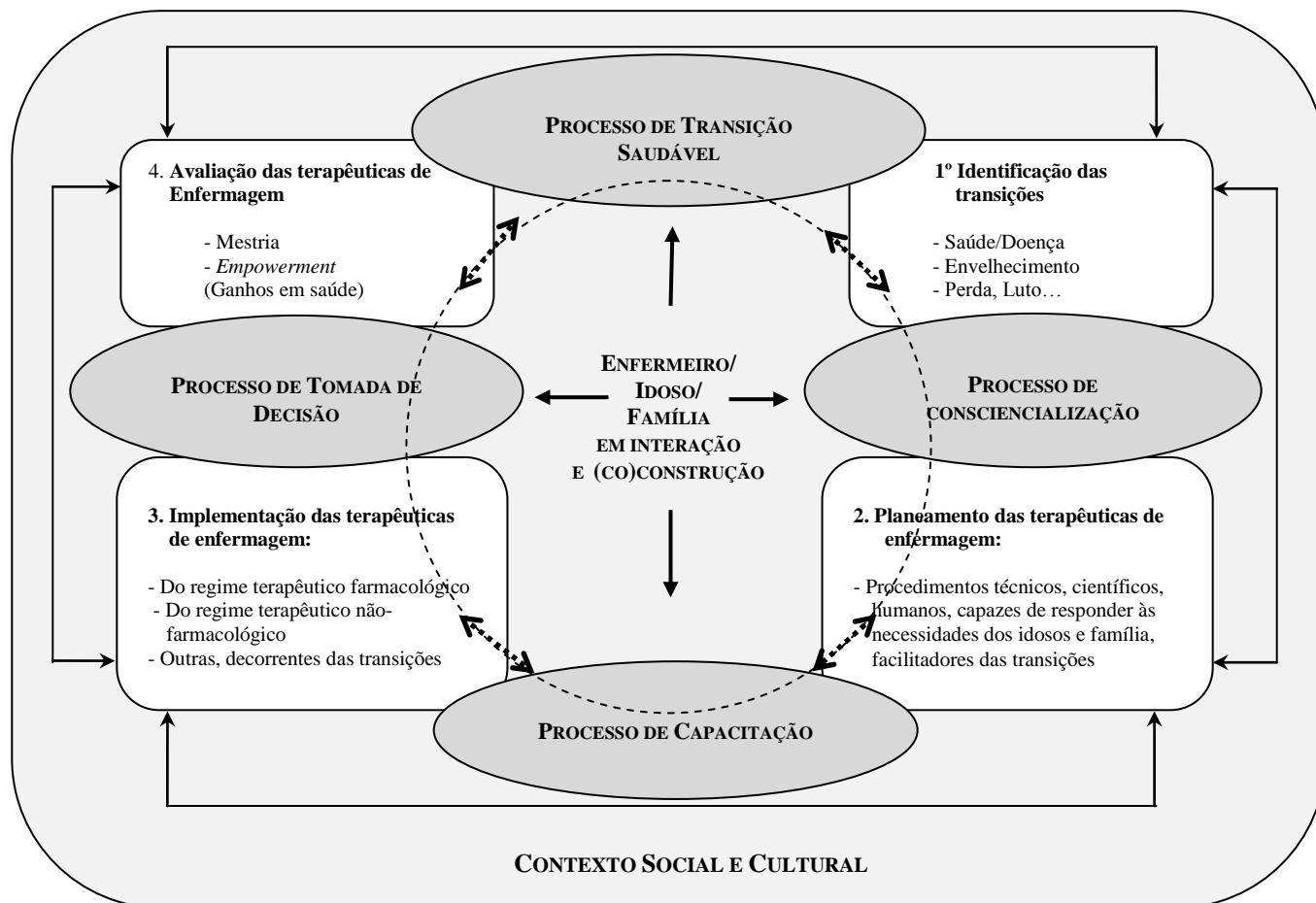


Figura 16. Modelo cuidativo de enfermagem facilitador das transições em idosos com HTA

Processos que se inscrevem numa relação de parceria interativa, dinâmica e integradora, visando a pessoa idosa e família autónoma, capaz de tomar decisões esclarecidas, conducentes à melhor qualidade de vida. De facto, neste novo paradigma de saúde, torna-se cada vez mais importante que as intervenções de enfermagem de educação e apoio psicossocial e emocional, promovam a consciencialização e a capacitação das pessoas idosas com doença crónica para os processos de planificação e tomada de decisão, com vista ao alcance da melhor saúde e de um envelhecimento bem sucedido, retardando, tanto quanto possível, a limitação e a incapacidade.

O desenvolvimento de uma relação terapêutica é fundamental na prática dos cuidados de enfermagem. O interesse dos enfermeiros em conhecer a pessoa idosa e família, conhecendo

como vive, descobrindo o que para ela é importante, visa favorecer o crescimento pessoal e ajudar a desenvolver comportamentos adaptados à sua situação. Numa relação terapêutica de proximidade, interativa, dinâmica e integradora, os enfermeiros identificam os processos de transição que os idosos experienciam e as condições facilitadoras ou dificultadoras para a vivência da transição saudável. O objetivo é conhecer as situações e os acontecimentos vivenciados para compreender, planejar, implementar e avaliar terapêuticas de enfermagem, capazes de dar continuidade ao projeto de saúde dos idosos e família de forma equilibrada, autónoma e esclarecida, sem esquecer as especificidades do contexto social, cultural e económico, no qual os cuidados de enfermagem acontecem. O resultado esperado é a vivência de transições saudáveis, promotoras do envelhecimento ativo, da qualidade de vida e bem-estar.

Aprender a realidade dos idosos que experimentam a doença crónica - HTA, tão perto quanto possível é essencial para os cuidados, da parte dos enfermeiros que cuidam. Para isso, o idoso e a família situam-se no centro da atenção dos enfermeiros e são parceiros na construção dos cuidados de gestão da doença crónica. Como refere Swanson (1991), isso simplesmente significa “estar lá” ou “estar com”. Mais do que compreender, é estar emocionalmente aberto para a realidade do outro, sendo que essa realidade interessa para a definição, implementação e eficácia de cuidados ou terapêuticas de enfermagem. Cuidados que reclamam uma atenção particular, nas pessoas idosas atingidas por doenças crónicas. Em ambos os casos, a estimulação das capacidades, pode atrasar o agravamento de deficiências e prolongar a instalação irreversível da dependência.

Nas ações de intervenção terapêutica, os enfermeiros possibilitam aos idosos processos de consciencialização e capacitação para a melhor adaptação às situações de doença crónica e tomada de decisão. Assim, utilizam o seu saber, conhecimentos e competências para informar, explicar, executar, realizar, bem como oferecer apoio emocional de forma a permitir ao outro, idoso /família, crescer e desenvolver-se. Para isso, os cuidados são co-construídos, numa atitude de esperança realista, como se os enfermeiros percorressem “todo o caminho” com o idoso e família.

Porque prestar cuidados requiere envolvimento pessoal, social, moral e espiritual dos enfermeiros, consigo e com as pessoas que necessitam de cuidados, a enfermagem oferece a promessa da preservação do humano na sociedade. Cuidar, envolve conhecimentos (científicos, culturais, éticos, espirituais), procedimentos e ações responsáveis. Citando

Watson (2002), “todo o cuidar está relacionado com respostas humanas às condições de saúde – doença, nas interações ambiente – pessoa” (p.55). Envolve um conhecimento do processo de cuidar e um autoconhecimento de capacidades e limitações.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na atual conjuntura da nossa sociedade, marcada pelo crescimento significativo da população idosa, a suscetibilidade de instauração de quadros de doença crónica associados a incapacidades e dependência é cada vez maior, tornando-se imperioso preservar por um período maior de tempo possível o melhor estado de saúde, bem-estar e qualidade de vida das pessoas idosas (DGS, 2004a; WHO, 2002b).

Os cuidados de saúde são uma área de responsabilidade coletiva para a qual todos contribuem, sendo necessário centrar a atenção na saúde e na prevenção de complicações resultantes de problemas crónicos já instalados, tendo em conta os diversos entrelaçamentos como a educação, os hábitos de vida, a cidadania e o próprio ambiente. Os cuidados de saúde exigem uma colaboração estreita entre os utentes/idosos, as famílias, os enfermeiros e restantes profissionais de saúde. A comunicação efetiva, o respeito pelos valores pessoais e a sensibilidade em relação às diferenças, são parte integrante dos cuidados ao idoso com doença crónica e família. Enquanto serviços de prestação de cuidados de saúde, os CSP devem fornecer um alicerce de compreensão e respeito pela individualidade e dignidade da pessoa idosa e família.

Os doentes portadores de HTA, pela sua significativa expressão na população idosa, pelos danos gravosos que esta doença pode causar à saúde, pelas suas repercussões a nível pessoal e familiar, pela morbilidade e mortalidade que direta ou indiretamente causa e, conseqüentemente, pelos custos que lhe estão associados, não podem restringir-se a um sentimento de resignação, como uma consequência inevitável face à idade e ao envelhecimento, mas devem assumir um lugar de destaque nas políticas, nos cuidados de saúde e na atenção dos enfermeiros de modo a prevenir e evitar complicações de saúde mais incapacitantes e limitativas.

O programa de intervenção de enfermagem planeado, construído e implementado, baseou-se na identificação dos processos de transição que os idosos com HTA vivenciam e nas suas

necessidades não satisfeitas, procurando fazer coincidir os recursos existentes com as necessidades identificadas, permitindo desocultar saberes de enfermagem utilizados na prática clínica, potenciadores de mais ganhos em saúde.

A HTA é uma doença crónica e fator de risco cardiovascular complexo, surgindo como uma causalidade múltipla que exige uma compreensão global e uma responsabilidade partilhada no tratamento e no acompanhamento. Ainda que nem todos os fatores de risco associados à HTA sejam modificáveis, na sua maioria são-no, e este conhecimento deve ser orientador das intervenções de enfermagem a implementar.

Pádua (2008), afirma que a saúde é demasiado importante para estar só nas mãos dos médicos, cabendo a cada um aprender a tomar conta da sua saúde. Tomar conta, preservando a saúde e evitando as doenças, implica conhecimentos sobre atitudes, comportamentos e estilos de vida. As pessoas, quando informadas, são o melhor antídoto contra as doenças, esforçando-se por manter a sua saúde em bom estado geral, com melhor qualidade de vida.

É fundamental avaliar as capacidades das pessoas para integrarem na sua atividade diária a informação que lhes é fornecida. O programa de enfermagem implementado no âmbito desta investigação, permitiu aos idosos e cônjuges, para além da aquisição de conhecimentos e capacidades relacionadas com o regime farmacológico e não-farmacológico da HTA, melhorar comportamentos, estimular mudança de atitudes, melhorar a socialização e ter experiências e vivências que contrariaram o isolamento social, proporcionando um espaço de interação e partilha entre os grupos, com repercussões positivas nos vários parâmetros de saúde avaliados.

Confiar que nunca é demasiado tarde para promover a saúde, será um passo importante na relação dos enfermeiros com os idosos e família, reconhecendo que a maioria das pessoas idosas pode mudar e ter aconselhamentos sobre a educação para a saúde, mesmo que não tenha muitos conhecimentos nem uma vida muito saudável, nos seus dias de juventude.

A Comissão para a Organização e Desenvolvimento Económico (OCDE) identifica áreas em que Portugal obteve resultados menos favoráveis em relação à média dos países da UE, sobre as quais os enfermeiros, em Portugal, possuem competências que, devidamente aproveitadas, seriam um valor acrescido para os ganhos em saúde, como na prevenção das doenças cardiovasculares, diabetes, cancro e obesidade, bem como no acompanhamento desses doentes, minimizando muito do que é hoje o recurso à medicalização (OE, 2010).

A atual reformulação organizacional dos CSP, com a criação das unidades funcionais de saúde, nomeadamente as UCC, pode constituir um momento privilegiado para transpôr para o contexto da prática clínica a implementação de programas de intervenção de enfermagem autónomos que tenham como foco central a promoção de um envelhecimento ativo e mais saudável. A cada enfermeiro cabe a tarefa de agir no sentido de prestar cuidados de excelência e equitativos que se refletem na melhoria da qualidade de vida, encorajando o autocuidado e a autonomia. Promover o envelhecimento ativo e bem-sucedido passa pela criação de um ambiente propício à participação dos idosos e família, nas aprendizagens necessárias para viver com a doença crónica, num domínio de saberes de enfermagem e numa sólida competência relacional que preserva o direito à dignidade da pessoa idosa e família.

2.1. Implicações da investigação

Os problemas de saúde dos idosos são multifatoriais e, por isso, complexos. As implicações deste estudo são várias, podendo equacionar-se contributos importantes para a prática, para a formação e para a investigação em Enfermagem.

A) Para a prática de enfermagem

A enfermagem, enquanto profissão da saúde com expressão significativa na prática clínica, assume hoje um nível de aceitação e afirmação universal, garantindo os melhores cuidados às pessoas, sãs ou doentes. Alterações demográficas das últimas décadas têm conduzido ao aumento da esperança média de vida e da longevidade, com as repercussões daí decorrentes. As sociedades, confrontadas com esta realidade, procuram equacionar políticas condutoras de uma participação mais ativa das pessoas idosas nos seus processos de saúde-doença, de modo a facilitar a tomada de decisão, desafiadoras para os profissionais de saúde que, na sua prática clínica, se confrontam com as novas realidades sociais.

Os cuidados de enfermagem, enquanto facilitadores dos processos de transição, procuram integrar estratégias de intervenção que permitem melhores cuidados e melhores respostas às necessidades e problemas de saúde das populações e sociedades mais idosas. Estas esperam dos enfermeiros cuidados de proximidade, numa relação terapêutica de ajuda e confiança, buscando soluções para os problemas de saúde, procurando melhor qualidade de vida, mais saúde e bem-estar.

Por vezes, as condições de trabalho dos enfermeiros são complexas e geradoras de entropia. Repensar as práticas passa também por agilizar modelos organizativos dos cuidados de enfermagem capazes de proporcionar maior eficácia nos resultados, mais satisfação dos utentes e dos enfermeiros.

Esta investigação permitiu, em contexto de CSP, implementar novas dinâmicas às estratégias de intervenção dos enfermeiros. A constituição de grupos de intervenção terapêutica, com casais de idosos com HTA, através da planificação e construção de um programa de enfermagem que privilegiou a interação enfermeira-idoso/casal, sublinhou a importância do conhecimento, da motivação, do reforço positivo, e constituiu-se como uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento de capacidades para a tomada de decisão, autocuidado e participação ativa no regime terapêutico prescrito da HTA, alterando comportamentos e perseguindo melhor qualidade de vida. A inclusão do elemento familiar, cônjuge, revelou-se significativa para o sucesso dos resultados obtidos.

A nova reorganização dos CSP, ACES e UCC, permite intervenções mais autónomas dos enfermeiros que prestam e avaliam os resultados dos cuidados, através de instrumentos rigorosos de avaliação, fomentando uma prática baseada na investigação e na evidência científica. As intervenções de enfermagem a grupos específicos – como é o caso dos idosos com HTA – podem ser desenvolvidas e aprofundadas pelos enfermeiros, quer no centro de saúde quer na comunidade, em espaços adaptados (por exemplo, nas instalações de ex-escolas primárias não-ocupadas). Aí, num ambiente de proximidade, implementar-se-iam programas para a saúde, avaliando resultados e monitorizando parâmetros clínicos, numa prática reflexiva e co-construída, perspetivando mais saúde e qualidade de vida com menos custos. Muitas doenças crónicas e degenerativas das pessoas idosas enquadram-se no grupo de doenças passíveis de prevenção que poderiam evitar os gastos avultados que hoje são dispendidos e necessários para a saúde das populações idosas.

B) Para a formação em enfermagem

Cuidar de idosos insere-se no amplo campo de intervenção dos enfermeiros, ajustando-se e aprofundando-se à medida que novas necessidades vão sendo identificadas e solicitadas pelos idosos nos seus processos de vida, com impacto na qualidade dos cuidados prestados. O contexto em que a ação se desenvolve é integrado no processo de cuidados, fundamental para a sua compreensão, situando-se num *continuum* de evolução da enfermagem, que tem como

linha condutora e imperativo ético, o cuidar. Aqui, a relação teoria/prática potencia-se, aprofunda-se e interliga-se no campo da produção de cuidados.

A formação em enfermagem, baseada na evidência científica e suportada pela investigação, aproxima os futuros profissionais de um contexto de trabalho em que as práticas convivem com saberes dinâmicos que precisam ser questionados e alimentados através da reflexão, do conhecimento e da investigação, para assim se aprofundarem e se desenvolverem.

A formação dos enfermeiros não é apenas acadêmica. O conhecimento prático, adquirido através da experiência em contexto, funciona como charneira na aplicação do cuidado de enfermagem. Só uma abordagem global e integradora, possibilitará respostas adequadas ao conjunto de problemas complexos das pessoas que convivem com o declinar dos anos. Deste modo, a prática constitui-se num terreno fértil de conhecimentos que fundamentam os pressupostos da ação, mobilizando um conjunto de saberes, não só teóricos e técnicos, mas também saberes da ação, saberes práticos construídos pelas circunstâncias e experiências.

Os processos educativos têm impacto na qualidade dos cuidados prestados, pelo que a formação pós-graduada em enfermagem gerontológica e geriátrica revela-se prioritária, permitindo o desenvolvimento de competências específicas nos cuidados de saúde às pessoas idosas, dada a complexidade e especificidade dos seus problemas de saúde. Uma formação especializada na área dos cuidados de saúde às pessoas idosas torna-se, assim, prioritária, não só porque acompanha as atuais tendências demográficas, mas também por se revelar pertinente nas respostas às necessidades de saúde dos idosos que se caracterizam por níveis de complexidade cada vez maiores.

C) Para a investigação em enfermagem

A necessidade de prevenir a HTA e de a controlar, de forma a contribuir para a redução do risco das doenças cardiovasculares, é uma das prioridades em saúde nas sociedades atuais. Existem evidências de que mesmo pequenas alterações no estilo de vida, no sentido da adoção de hábitos mais saudáveis, podem reduzir substancialmente o risco de morbilidade e mortalidade decorrente das doenças cardiovasculares, tornando-se, por isso, imperioso a manutenção destas alterações de comportamento ao longo do tempo, maximizando assim os seus benefícios.

Esta perspectiva, em nosso entender, abre um vasto campo para a investigação em enfermagem, e este trabalho afigura-se-nos como uma pequena contribuição para a construção deste conhecimento, uma vez que estão lançados novos desafios no sentido de continuar a promover, implementar e manter as alterações de comportamento, dirigidas aos idosos com HTA, no que se refere a regimes alimentares, à redução do peso corporal e à promoção da atividade física e do exercício físico regular. Intervenções dirigidas a alteração de comportamentos são muito significativas no seu início, mas não se traduzem numa prática continuada, realçando a necessidade de continuar a investigar e comparar níveis de eficácia entre abordagens, no sentido de identificar diferentes tipos de intervenção que permitam reconhecer qual a maior probabilidade de sucesso na manutenção de alterações positivas nos hábitos e estilos de vida. A eficácia das estratégias utilizadas para alteração de estilos de vida e para comportamentos mais saudáveis deve ser avaliada em diferentes contextos da prática clínica, com diferentes populações, de forma a compreender os fatores de influência e se estes são passíveis de generalização. Como sabemos, existem vários fatores que podem influenciar a capacidade para manter comportamentos saudáveis: pessoais, sociais, culturais, ambientais. Por este motivo, o acompanhamento regular dos idosos com HTA, em *follow-up*, de seis em seis meses, complementado com a consulta de enfermagem, individual, de três em três meses, no sentido de promover a auto-monitorização dos comportamentos e a continuidade de avaliação dos vários parâmetros clínicos, permitirá a obtenção de resultados de uma prática de enfermagem mais baseada na evidência científica, com mais ganhos em saúde para as pessoas idosas.

3. LIMITAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO

Apesar dos resultados alcançados neste trabalho de investigação-ação, que decorreu ao longo de quatro anos, com a participação ativa e dinâmica da equipa de enfermagem de um centro de saúde e de idosos e cônjuges hipertensos em tratamento ambulatorio, que desde o início colaboraram no seu desenvolvimento, não podemos deixar de reconhecer algumas limitações.

Por um lado, o tamanho reduzido da amostra dos idosos participantes no programa de intervenção de enfermagem, não permitiu que chegássemos a resultados mais consistentes, porventura com mais evidência e relevância das mudanças de comportamentos dos idosos e alterações de atitudes alcançadas. Não foi possível realizar este programa com outros grupos

de idosos com HTA, por exemplo, com idosos que vivem sós, idosos e idosas viúvos, vivendo sós e/ou com familiares, ou ainda idosos solteiros. As características sociodemográficas da amostra, composta maioritariamente por casais de idosos inseridos em meio rural e urbano mas, em todo o caso, no interior norte do país, deixam em aberto quais seriam os resultados se este trabalho tivesse sido levado a cabo noutros contextos, como, por exemplo, no litoral e em grandes áreas metropolitanas. Seriam outros grupos, necessariamente com características diferentes e necessidades diferentes e, por isso, com outros fatores intervenientes, permitindo outras conclusões e reflexões em torno desta problemática e das terapêuticas de enfermagem, de modo a conhecer melhor para agir melhor. Por outro lado, os três momentos de avaliação foram demasiado próximos (três meses), não permitindo um acompanhamento de *follow-up* mais prolongado no tempo.

Também não foi possível avaliar, comparativamente, resultados analíticos dos idosos, antes e após a intervenção, inicialmente prevista, respeitantes à glicemia, triglicédeos, CT, HDL e LDL, por dificuldades de acesso e disponibilidade destes valores. Os valores analíticos que obtivemos foram insuficientes e não permitiram retirar conclusões fidedignas, não tendo sido, por isso, incluídos no estudo. Pensamos que, na continuidade desta intervenção com outros grupos, será necessário conciliar melhor com o médico de família a avaliação destes parâmetros clínicos, como mais um indicador de resultado, importante para a investigação e continuidade deste estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abernethy D., & Andrawis, N. (1997). Hipertensão no idoso. In E. Calkins, A. Ford & P. Katz, *Geriatría práctica* (2a ed., cap. 45, pp. 483-490). Rio de Janeiro: Revinter.
- Administração Regional de Saúde do Norte. (2008). *Plano Regional de Saúde do Norte 2008-2010*. Porto: Autor.
- Administração Regional de Saúde do Norte. (2009). *Perfil local de saúde ACES Alto Tâmega e Barroso*. Porto: Autor.
- Almeida, L. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23 (1), 91-96.
- Alto Comissariado da Saúde. (2011). *Plano nacional de saúde 2011-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Amado, J. (2000). A técnica da análise de conteúdo. *Referência*, 5, 53-63.
- Amado, T., & Arruda, I. (2004). Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados. *Revista Bras Nutr Clin*, 19 (2), 94-99.
- Anderson, B. (1996). Psychological interventions for cancer patients to enhance quality of lyfe. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 66, 552-556.
- Aparício Alonso, C. (2004). Envejecer activos: Promoción y educación para la salud. *Revista Rol de Enfermería*, 27 (7-8), 58-64.
- Araújo, L. (2011). Exercite o seu corpo. In O. Ribeiro & C. Paúl, *Manual de envelhecimento activo* (Cap. 2, pp. 13-37). Lisboa: Lidel.
- Arbonés, G., Carbajal, A., Gonzalvo, B., González-Gross, M., Joyanes, M., Marques-Lopes, I., Martín, M.L., Martínez, A., Montero, P., Núñez, C., Puigdueta, I. Quer, J., Rivero, M., Roset, M.A., Sánchez-Muniz, F.J., & Vaquero, M.P. (2003). Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo “Salud Pública” de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). *Nutr. Hosp.*, 18 (3), 109-137.
- Azeredo, Z. (2011). *O idoso com um todo*. Viseu: Psico&Soma
- Ballone, G., Ortolani, I., & Neto, E. (2007). *Da emoção à lesão: Um guia de medicina psicossomática*. São Paulo: Manole.
- Baltes, M., & Carstensen, L. (1996). The process of successful aging. *Ageing & Society*, 16, 397-422.

- Baltes, P. (1993). The aging mind: Potentials and limits. *Gerontologist*, 33, 580-594.
- Baltes, P., & Smith, J. (1990). Toward a psychology of wisdom and its ontogenesis. In R. Sternberg, *Wisdom: Its nature, origins and development* (pp. 87-120). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P.B., & Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes, M. (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baptista, F., Santos, D.A., Silva, A. M., Mota, J., Santos, R., Vale, S., Ferreira, J.P., Raimundo, A., & Moreira, H. (2011). *Livro verde da actividade física*. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (4a ed.). Lisboa: Edições 70.
- Bargalló, E., Domènech, J., Pallàs, J., Boquet, J., Pueyo, T., & Ramirez, E. (2002). Concordância ente el Mini-examen cognoscitivo y el Mini-mental state examination en el cribado del déficit cognitivo. *Atención Primaria*, 30 (1), 5-15.
- Basto, M. (2007). Da tarefa ao cliente como ser cultural: Saberes utilizados por enfermeiras num centro de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (1), 59-70.
- Basto, M. (2012). Ajuda prestada pelas enfermeiras a utentes de um centro de saúde. In M. Basto (Org.), *Cuidar em enfermagem: Saberes da prática* (pp. 21-48). Coimbra: Formasau.
- Baszanger, I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue Française de Sociologie*, 27, 3-27.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Berger, L. (1995a). Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier, *Pessoas idosas: Uma abordagem global* (Cap. 10, pp. 157-197). Lisboa: Lusodidacta.
- Berger, L. (1995b). Aspectos biológicos do envelhecimento. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier, *Pessoas idosas: Uma abordagem global* (Cap. 9, pp. 123-155). Lisboa: Lusodidacta.
- Berger, L. (1995c). Contexto dos cuidados em gerontologia. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier, *Pessoas idosas: Uma abordagem global* (Cap. 1, pp. 1-9). Lisboa: Lusodidacta.
- Birren, J., & Fisher, L. (1990). The elements of wisdom: Overview and integration. In R. Sternberg, *Wisdom: Its nature, origins and development* (pp. 317-332). Cambridge: Cambridge University Press.

- Bloom, B. (1975). *Taxonomie des objectifs pédagogiques, t. 1: Domaine cognitive*. Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- Bloor, M., Frankland, J. Thomas, M., & Robson, K. (2001). *Focus group research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Bogdan, R.C., & Biklen, S.K. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Borges, C., & Silva, P. (2008). *O livro da hipertensão: Conhecer, prevenir e tratar*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Bower, F., & Bevis, E. (1979). *Fundamentals of nursing practice: Concepts, roles and functions*. S.t Louis: Mosby.
- Brack, M. (2009). *La hipertensión arterial. Cómo prevenirla y curarla*. Barcelona: Editorial Hispano Europea.
- Brandão, A.P., Brandão, A.A., Freitas, E., Magalhães, M., & Pozzan, R. (2002). Hipertensão arterial no idoso. In E. Freitas, L. Py, A.L. Neri, F.A.X. Cançado, M.L. Gorzoni & S.M. Rocha, *Tratado de geriatria e gerontologia* (Cap. 30, pp. 249-262). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *The ecology of human development. Experiments bi nature and design*. New York: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. California: Sage Publications.
- Burns, A., Brayne, C., & Folstein, M. (1998). Key papers in geriatric psychiatry: Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13 (5), 285-294.
- Busse, R., Blümel, M., Scheller-Kreinsen, D., & Zentner, A. (2010). *Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges*. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization.
- Cabete, D. (2005). *O idoso, a doença e o hospital: O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Campbell, N. (2008). Hypertension prevention and control in Canada. *Journal of the American Society of Hypertension*, 2 (2), 97-105.
- Campbell, N., & Kwong, M. (2010). 2010 Canadian hypertension education program recommendations. *Canadian Family Physician*, 56, 649-53.
- Campos, A. (2008). *Reformas da saúde*. Coimbra: Almedina.
- Cann, V., Valentine, J., & Cooper, H., (2002). Interventions to increase physical activity among ageing adults: a meta-analysis. *Ann Behav Med.*, 24, 190-200.

- Cardoso, F. (2000). *Ancianidade: Contribuição para a validação da qualidade de vida de uma população urbana*. Porto. Dissertação de doutoramento não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Carmo, I. (2008). Obesidade, a “epidemia global”. In I. Carmo, O. Santos, J. Camolas & J. Vieira, *Obesidade em Portugal e no mundo*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Carmona, J. (2002). Terapêutica da hipertensão no idoso em 2001. *Geriatrics*, 15 (143), 44-51.
- Carpenter, D. (2002). Exigências éticas na investigação qualitativa. In H.J. Streubert & D.R. Carpenter, *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (Cap. 3, pp. 37-47). Loures: Lusociência.
- Carrageta, M. (1996). Hipertensão arterial no idoso. In Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia, *Temas em geriatria* (Tomo 2, pp. 61-71). Lisboa: SPGG.
- Carrageta, M. (2010). *Como ter um coração saudável. Guia para prevenir e curar as doenças cardiovasculares*. Lisboa: Âncora Editora.
- Carroll, M., & Brue, L. (1989). *Cuidados de enfermería individualizados en el anciano*. Barcelona: Ediciones Doyma.
- Carvalho, D. (2011). Diabetes e hipertensão. *Revista Factores de Risco*, 6 (22), 50-54.
- Carvalho, P.S. (2012). Etapas do processo de envelhecimento: Intervenção para um envelhecimento ativo. In C. Moura, *Processos e estratégias do envelhecimento* (pp. 65-74). Porto: EuEdito.
- Cattani, R.B., & Girardon-Perlini, N.M.O. (2004). Cuidar do idoso doente no domicílio na voz dos cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6 (2), 254-271.
- Cavanagh, S. (1993). *Modelo de Orem: Aplicación práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.
- Chick, N., & Meleis, A., (1986). Transitions: a nursing concern. In P. Chin, *Nursing research methodology: Issues and implementation*. Rockville: P.L.Chin.
- Chodzko-Zajko, W.J., Proctor, D.N., Fiatarone, M.A., Minson, C.T., Nigg, C.R., Salem, G.J, & Skinner, J.S. (2009). American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc.*, 41 (7), 1510-1530.
- Ciampone, M.H.T. (1991). Tomada de decisão em enfermagem. In P. Kurcgant (Coord.), *Administração em enfermagem* (pp. 191-206). São Paulo: EPU.
- Coleman, V. (2000). *Tudo o que precisa conhecer sobre a hipertensão*. Lisboa: Edição Livros do Brasil.
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. Lisboa: Lusociência.
- Collière, M-F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

- Comer, S. (2005). *Delmar's geriatric nursing care plans*. Canada: Thonsom Delmar Learning.
- Comissão Europeia. (2011). Recomendação da Comissão relativa ao programa de investigação conjunto “Viver mais tempo viver melhor – O potencial e os desafios das alterações demográficas”. *Jornal Oficial da União Europeia*, 13 de julho.
- Comissão Europeia. (2012). *A minha saúde idosos* [Portal da Saúde-UE]. Recuperado em 10 de janeiro, 2013, de http://ec.europa.eu/health-eu/my_health/elderly/io_pt.htm.
- Conselho Internacional de Enfermeiras. (2002). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: CIPE/ICNP. Versão Beta 2*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Correia, J. (2003). *Introdução à gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Cortez-Dias, N., Martins, S., & Fiúza, M. (2007). Síndrome metabólica: Um conceito em evolução. *Rev. Port. Cardiol.*, 26, 1409-1421.
- Cortez-Dias, N., Martins, S., Belo, A., & Fiuza, M. (2009). Prevalência e padrões de tratamento da hipertensão arterial nos cuidados de saúde primários em Portugal. Resultados do estudo VALSIM. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 28 (5), 499-523.
- Costa, M. (1998). *Enfermeiros: Dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século.
- Costa, M. (2002). *Cuidar idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Costa, M. (2003). A enfermagem e a globalização. A educação para a incerteza. *Revista Sinais Vitais*, 51, 11-14.
- Costa, M. (2012). Cuidar e cuidado: Os novos olhares e contextos. In M. Basto (Org.), *Cuidar em enfermagem: Saberes da prática* (pp.335-338). Coimbra: Formasau.
- Costa, R.S., & Nogueira, L.T. (2008). Contribuição familiar no controle da hipertensão arterial. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 16 (5), 36-39.
- Cowgill, D. (1970). The demography of aging. In A.M. Hoffman (Ed.), *The daily needs and interests of older people* (pp. 27-69). Springfield, Illinois: C.C. Thomas.
- Cunningham, S. (2005). Hipertensão arterial. In S. Woods, E. Froelicher & S. Motzer. *Enfermagem em cardiologia* (Cap. 32; pp. 909-954). São Paulo: Manole.
- Cupertino, A., Rosa, F., & Ribeiro, P. (2007). Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (1), 81-86.
- Dacey, J., & Travers, J. (2002). *Human development: Across the lifespan*. New York: McGraw-Hill Higher Education.

- De la Cuesta Benjumea, C. (2004). Construir un mundo para el cuidado: Un estudio cualitativo de pacientes con demencia. *Revista Rol de Enfermería*, 27 (12), 51-59.
- Decreto-Lei nº 104/98*, de 21 de abril. Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto. *Diário da República*, 93. Série I-A.
- Decreto-Lei nº 157/99*, de 10 de maio. Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde: *Diário da República*, 108. Série I-A.
- Decreto-Lei nº 161/96*, de 4 de setembro. Aprova o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. *Diário da República*, 205. Série I-A.
- Decreto-Lei nº 28/2008*, de 22 de fevereiro. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 38. Série I.
- Decreto-Lei nº 60/2003*, de 1 de abril. Cria a rede de cuidados de saúde primários. *Diário da República*, 77. Série I-A.
- Decreto-Lei nº 75/2009*, de 12 de agosto. Estabelece normas com vista à redução de teor de sal no pão bem como informação na rotulagem de alimentos embalados destinados ao consumo humano. *Diário da República*, 155. Série I.
- Delgado, A., & Lima, M. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), 81-100.
- Denzin, N.R., & Lincoln, Y.S. (Dir.). (2000). *Handbook of qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks (Cle.): Sage.
- Despacho nº 10143/2009*, de 16 de abril. Aprovação do Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. *Diário da República*, 74. Série II.
- Despacho nº 9/2006*, de 16 de fevereiro. Aprova o regulamento para lançamento e implementação das unidades de saúde familiares. *Diário da República*, 34. Série I-B.
- Dias, C., & Paixão, E. (2010). *Definição e epidemiologia das doenças crónicas*. 2º Fórum Internacional do Doente Crónico. Lisboa. Recuperado em 12 de agosto, 2012, de <http://www.nedai.org/items/08.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde. (2004d). *Plano nacional de saúde 2004/2010: Mais saúde para todos* (2 vols.). Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2006b). *Atualização do programa nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares. Circular Normativa Nº 03/DSPCS*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. Direção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. (2010). *Elementos estatísticos, informação geral, saúde/2008*. Lisboa: Autor.

- Direção-Geral da Saúde. Direção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde. Divisão de Qualidade (2007). *Risco global cardiovascular. Circular normativa N° 06/DSPCS de 18 de abril*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral de Saúde (2006c). *Dislipidemias: Manual de boas práticas*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral de Saúde (2006d). *Envelhecer com sabedoria. Actividade física para manter a independência. Mexa-se Mais!*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral de Saúde. (2004a). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Envelhecimento saudável*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral de Saúde. (2004b). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Envelhecer com sabedoria: Alimente-se melhor para manter a sua saúde e independência*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral de Saúde. (2004c). *Diagnóstico, tratamento e controlo da hipertensão arterial. Circular normativa N° 2/DGCG de 31 de março*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral de Saúde. (2005a). *Princípios para uma alimentação saudável: Sal*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral de Saúde. (2006a). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas.
- Direção-Geral de Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. (2005b). *Programa nacional de combate à obesidade*. Lisboa: Autor.
- Drevenhorn, E., Kjellgren, K., & Bengtson, A. (2007). Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing*, 16, 7b, 144-151.
- Ducharme, F., & Trudeau, D. (2002). Qualitative evaluation of a stress management intervention for elderly caregivers at home: A constructivist approach. *Rev. Mental Health Nursing*, 23, 691-713.
- Eliopoulos, C. (2001). *Enfermagem gerontológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Eliopoulos, C. (2005). *Enfermagem gerontológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Elliot, J. (2010). Building educational theory through action research. In: S. Noffke & B. Somekh, *Handbook of education action research* (pp. 28-38). London: Sage.
- Erickson, E. (1987). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Escuredo Rodriguez, B., Díaz Álvarez, E., & Pascual Cortés, O. (2001). Cuidadores informales: Necesidades y ayudas. *Revista Rol de Enfermería*, 24 (3), 183-189.
- Esteves, A. (2001). A investigação-ação. In A. Silva & J. Pinto, *Metodologia das ciências sociais* (pp. 251-278). Porto: Edições Afrontamento.

- Farinatti, P. (2008). *Envelhecimento, promoção da saúde e exercício: Bases teóricas e metodológicas*. São Paulo: Manole.
- Faulhaber, H-D. (2008). *A hipertensão*. Barcarena: Editorial Presença.
- Fernandes, A. (2010). *Os segredos para uma vida longa e saudável*. Alfragide: Academia do Livro.
- Fernandes, A., & Botelho, M. (2009). Envelhecer activo, envelhecer saudável: O grande desafio. *Fórum Sociológico*, 17 (I Série), 11-16.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). La gerontología positiva. *Revista Gerontología*, 10 (3), 143-145.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Vivir com vitalidad*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Ferreira, P. (1998). *A medição do estado de saúde: Criação da versão portuguesa do MOS SF-36*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- Ferreira, P. (2000a). Development of the portuguese version of MOS SF-36 part I: Cultural and linguistic adaptation. *Acta Med Port*, 13 (1-2), 55-66.
- Ferreira, P. (2000b). Development of the portuguese version of MOS SF-36 part II: Validation tests. *Acta Med Port*; 13 (3): 119-127.
- Ferreira, P., & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: Contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (2), 15-30.
- Feste, C., & Anderson, R. (1995). Empowerment: From philosophy to practice. *Patient Education and Counselling*, 26 (1-3), 139-144.
- Figueiras, M.J. (2011). Artigos e estudos comentados. Intervenções para promover a atividade física e as alterações dos regimes alimentares para reduzir os fatores de risco cardiovascular em adultos. *Revista Factores de Risco*, 6 (22), 88-91.
- Figueiredo, D. (2004). Cuidados familiares: Cuidar e ser cuidado na família. In L. Sousa, D. Figueiredo & M. Cerqueira, *Envelhecer na família: Os cuidados familiares na velhice* (pp. 59-94). Porto: Âmbar.
- Figueiredo, N., & Asakura, L. (2010). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: Dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *Acta Paulista de Enferm.*, 23 (6), 782-787.
- Flick, U. (2002). Qualitative research: State of art. *Social Science Information*, 41 (1), 5-24.
- Flood, M. (2007). Obesity in older adults. Synthesis of findings and recommendations for clinical practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 33 (12), 19-33.

- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*, 189-198.
- Fonseca, A.M. (2005a). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A.M. (2005b). O envelhecimento bem-sucedido. In C. Paúl & A.M. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 281-311). Lisboa: Climepsi.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Forciea, M.A., & Lavizzo-Mourey, R. (1998). *Segredos em geriatria: Respostas necessárias ao dia-a-dia*. Porto Alegre: Artmed.
- Formosinho, J. (2008). A investigação-acção e a construção do conhecimento profissional relevante. In L. Máximo-Esteves, *A visão panorâmica da investigação-acção* (pp. 7-14). Porto: Porto Editora.
- Fortin, M., Prud'Homme-Brisson, D., & Coutu-Wakulczyk, G. (2003). Noções de ética em investigação. In M-F. Fortin, *O processo de investigação: Da concepção à realização* (Cap. 9, pp. 113-130). Loures: Lusociência.
- Fortin, M-F, Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Frasquilho, M. (2005). Stresse e doença cardiovascular. In Fundação Portuguesa de Cardiologia com o apoio Abbott Laboratórios, *Estilos de vida saudáveis: Factores de risco cardiovascular*. Lisboa: Ligrate – Atelier Gráfico.
- Frich, L. (2003). Nursing interventions for patients with chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing, 44* (2), 137-153.
- Galego, C., & Gomes, A. (2005). Emancipação, ruptura e inovação: O “focus group” como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação, 5*, 173-184.
- Gallo, J., Busby, J., Rabins, P., Silliman, R., & Murphy, J. (2001). *Assistência ao idoso: Aspectos clínicos do envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Gami, A.S, Witt, B.J., Howard, D.E., Erwin, P.J., Gami, L.A., Somers, V.K., & Montori, V.M. (2007). Metabolic syndrom and risk of incident cardiovascular events and death. *Journal of the American College of Cardiology, 49* (4), 403-414.
- García Hernandez, M., & Torres Egea, P. (Eds.). (1999). *Temas de enfermería gerontológica*. Logroño: Sociedad Española de Enfermería
- Giacomin, K.C., Uchôa, E., Firmo, J.O., & Lima-Costa, M.F. (2005). Projeto Bambuí: Um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cadernos Saúde Pública, 21* (1), 80-91.

- Giannakouris, K. (2008). Population and social conditions. *Eurostat Statistic in Focus*, 72. Recuperado em 11 de janeiro, 2013, de <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITYOFFPUB/KS-SF-08-072/EN/KS-SF-08-072-EN.PDF>.
- Gibbs, A. (1997). Focus groups. *Social Research Update*, 19, 1-5.
- Gibson, C. (1991). A concept analysis of patient empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.
- Giovinazzo, R. (2005). *Focus group em pesquisa qualitativa: Fundamentos e reflexões*. Ser Professor Universitário. Recuperado em 23 de novembro, 2011, de <http://www.serprofessoruniversitario.pro.br/ler.php?modulo=21&texto=1319>.
- Girerd, X., Digeos-Hasnier, S., & Heuzey, J. (2004). *Guia prático da hipertensão arterial*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gomes, D., & Dias, J. (1987). *O serviço nacional de saúde: Descrição sumária do seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários.
- Gomes, M., & Mata, A. (2012). A família provedora de cuidados ao idoso dependente. In F. Pereira (Coord.), *Teoria e prática da gerontologia. Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 163-174). Viseu: Psico&Soma.
- Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courrier*, 6, 455-459.
- Graham, I., Atar, D., Borch-Johnsen, K., Boysen, G., Cifkova, R. (2007). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Executive summary. *Eur Heart Journal*, 28 (19), 2375- 2414.
- Guedes, N.G., Costa, F.B.C., Moreira, R.P., Moreira, T.F., Chaves, E.S., & Araújo, T.L. (2005). Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorio. *Rev Esc Enferm USP*, 39 (2), 181-188.
- Guerra González, J. (2002). La EpS com enfermos crónicos. Ejemplo de proyecto. In M.I. Serrano González (Coord.), *La educación para la salud del siglo XXI: Comunicación y salud* (Cap. 44, pp. 525-32). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do "Mini Mental State Examination" (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.
- Hamilton, I. (2002). *A psicologia do envelhecimento: Uma introdução*. Porto Alegre: Artmed.
- Haskell, W.L., Lee, I-M., Pate R.R., Powel K.E., Blair, S.N., Franklin, B.A., Macera, A.A., Heath, G.W., Thompson, P.D., & Bauman, A. (2007). Physical activity and public health: Updated recommendations for adults from the ACSM and the American Heart Association Circulation. *Circulation*, 116, 1081-1093.

- Hayden, P.S.T. (2005). Hipertensão sistólica isolada e hipertensão no idoso. In D.E. Hricik, J.T. Wright Jr. & M.C. Smith (2005). *Segredos em hipertensão: Perguntas e respostas sobre o tratamento da hipertensão* (pp. 93-96). Porto Alegre: Artmed.
- Haynie, R., & Wright, J. (2005). *Terapia não-medicamentosa da hipertensão*. In D. Hricick, J. Wright & M. Smith, *Segredos em hipertensão*. Porto Alegre: Artmed.
- Hayward, S. (2003). *Técnicas de relaxamento: Elimine o stress da sua vida*. Lisboa: Estampa.
- Henderson, V. (2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.
- Henriques, A., Costa, M., & Cabrita, J. (2012). Adherence and medication management by the elderly. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 3096-3105.
- Horne, R. (1999). Patients' beliefs about treatment: The hidden determinant of treatment outcome? *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 491-495.
- Imaginário, C.M.I. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). *Censos de 2001: Resultados definitivos*. Lisboa: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Estatísticas demográficas 2008*. Lisboa: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2010). *Homens e mulheres em Portugal*. Lisboa: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012b). *Estatísticas demográficas 2010*. Lisboa: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012a). *Censos 2011 resultados definitivos – Portugal*. Lisboa: Autor.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Inquérito nacional de saúde 2005-2006*. Lisboa: Autor.
- Israel, B., Checkoway, B., Schulz, A. & Zimmerman, M. (1994). Health education and community empowerment: Conceptualization, and measuring perceptions of individual, organizational and community control. *Health Education Quality*, 21 (2), 149-170.
- Jacob Filho, W., & Campora, F. (2008). Fisiopatologia no envelhecimento. In W. Jacob Filho & M.L. Gorzoni, *Geriatría e gerontologia: O que todos devem saber* (Cap.4, pp. 31-38). São Paulo: Editora Roca.
- Janssen, I. (2010, february). Identification of the high-risk obese patient using waist circumference: Current practices and new frontiers. *Obesity and Weight Management*, 17-20.
- Jaques, M. (2003). Promoção da longevidade activa e com autonomia. *InFormar*, 9 (31), 14-17.

- Jeckel-Neto, E., & Cruz, I. (2000). *Aspectos biológicos e geriátricos do envelhecimento II*. Porto Alegre: Edipucrs.
- Jenks, M. (2002). Método de investigação acção. In H. Streubert & D. Carpenter, *Investigação em enfermagem* (Cap. 12, pp. 279-311). Loures: Lusociência.
- Joint National Committee VII. (2003). *Prevention, detection, evaluation and treatment of blood pressure*. US: Department of Health and Human Services.
- Jones, P., & Meleis, A. (1993). Health is empowerment. *ANS Adv Nurs Sci.*, 15, 1-14.
- Jordán Valenzuela, M., Garrido Miranda, J.M., & Serrano Martínez, F.J. (2007). Abordaje no farmacológica de la HTA. In M Valenzuela, *Cuidados de enfermería al paciente hipertenso* (pp. 185-201). [s.l.]: Formación Continuada Logos.
- Kalache, A. (2009). Towards age-friendly societies: From research to policy, from policy to society. *International Journal of Integrated Care*, 9 (Suppl.), 40.
- Kane, R., Ouslander, J., & Abrass, I. (2005). *Geriatría clínica*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill.
- Kaplan, N.M. (1999). *Hypertension in the elderly*. London NW10AE: Martin Dunitz.
- Khan, N.A., McAlister, F.A., Rabkin, S.W., Padwal, R., Feldman, R.D., Campbell, N.R., Leiter, L.A., Lewanczuk, R.Z., Schiffrin, E.L., Hill, M.D., Arnold, M., Moe, G., Campbell, T.S., Herbert, C., Milot, A., Stone, J.A., Burgess, E., Hemmelgarn, B., Jones, C., Larochelle, P., Ogilvie, R.I., Houlden, R., Herman, R.J., Hamet, P., Fodor, G., Carruthers, G., Culleton, B., Dechamplain, J., Pylypchuk, G., Logan, A.G., Gledhill, N., Petrella, R., Tobe, S., & Touyz, R.M. (2006). The 2006 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension. Parte II Therapy. *Can Journal Cardiol.*, 22 (7), 583 -593.
- Kieller, M., & Cunha, I. (2004). Assistência de enfermagem a pacientes com hipertensão arterial sistémica. *Rev Enferm UNISA*, 5, 20-24.
- Kitzinger, J. (1995). Introducing focus groups. *BMJ*, 311, 299-302.
- Kralik, D., Visentin, K., & Loon, A. (2006). Transition: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (3), 320-329.
- Kumpel, D.A., Sodr , A.A., Pomatti, D.M., Scortegagna, H.M., Fillipi, J., Portella, M.R., Doring, M., & Scariot, M. (2011). Obesidade em idosos acompanhados pela estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, 20 (3), 471-477.
- Kvale, S. (2006). Dominance through interviews and dialogues. *Qualitative Inquiry*, 12 (3), 480-500.
- Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 203-229). Lisboa: Climepsi.

- Lange, J., & Grossman, S. (2008). Teorias sobre el envejecimiento. In K. Mauk, *Enfermería geriátrica: Competências assistências* (pp. 45-62). Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Latorre, A. (2003). *A investigación-acción*. Barcelona: Graó.
- Lau, D.H. (2002). Patient empowerment: A patient-centred approach to improve care. *Hong Kong Med J.*, 8 (5), 372-374.
- Laverack, G. (2001). An identification and interpretation of the organizational aspects of community empowerment. *Community Dev J.*, 36, 134-146.
- Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde: Poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Lawton, M.P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*, 23 (4), 349-357.
- Lei n° 111/2009*, de 16 de setembro. Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Diário da República, 180. Série I.
- Lessard-Herbert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (2005). *Investigação qualitativa: Fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lewin, K. (1946). Action Research and minority problems. *Journal of Social Issues*, 2, 34-36.
- Lincoln, I.S., & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Llano, M., Manz, M., & Oliveira, S. (2004). *Guia prático da actividade física na terceira idade*. Cacém: Manz Edições.
- Lopes, M.A. (2012). Proteger e identidade da pessoa idosa com alterações cognitivas no hospital: Um desafio no cuidado de enfermagem. In M. Basto, *Cuidar em enfermagem, saberes da prática* (pp. 107-187). Coimbra: Formasau.
- López, R. (2002). Ejercicio físico: El mayor remedio. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.). *Vivir con vitalidad: Cuide su cuerpo* (Vol. 2). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lorig, K., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes and mechanisms. *Annual Behaviour Med.*, 26 (1), 1-7.
- Lorig, K., Holman, H., Sobel, D., Laurent, D., Gonzalez, V., & Minor, M. (2000). *Living a healthy life with chronic conditions*. Boulder, CO: Bull.
- Lubkin, I., & Larsen, P. (2006). *Chronic illness: Impact and interventions*. Boston: Jones Bartlett Publishers.
- Lustri, W., & Morelli, J. (2004). Aspectos biológicos do envelhecimento. In J.R. Rebelatto & J.G.S. Morelli (Eds.), *Fisioterapia geriátrica: A prática da assistência ao idoso* (pp. 37-84). São Paulo: Manole.

- Macedo, M., Lima, M., Silva, A., Alcântara, P., Ramalhinho, V., & Carmona, J. (2005). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal: The PAP study. *J Hypertens*, 23, 1661-1666.
- MacGregor, G., & Kaplan, N. (2010). *Fast facts: Hypertension* (3rd ed.). Oxford: Health Press.
- Mafra, F., & Oliveira, H. (2008). Avaliação do risco cardiovascular: Metodologias e suas implicações na prática clínica. *Rev. Port Clin Geral*, 24, 391-400.
- Mahan, L., & Escott-Stump, S. (2005). *Krause: Alimentos, nutrição & dietoterapia*. São Paulo: Roca.
- Mailloux-Poirier, D. (1995). As teorias do envelhecimento. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier, *Pessoas idosas: Uma abordagem global* (Cap. 7, pp. 99-105). Lisboa: Lusodidacta.
- Malglaive, G. (1995). *Ensinar adultos: Trabalho e pedagogia*. Porto: Porto Editora.
- Manciaux, M. (2003). Resiliência y edad avanzada. In M. Manciaux (Comp.), *La resiliência: Resistir e rehacerse*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Marchand, H. (2005a). *A idade da sabedoria: Maturidade e envelhecimento*. Porto: Âmbar.
- Marchand, H. (2005b). *Psicologia do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto.
- Marconi, M., & Lakatos, E. (2004). *Metodologia científica*. São Paulo: Atlas.
- Martín Zurro, A., & Cano Pérez, J.F. (1994). *Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica* (3a ed.). Barcelona: Mosby.
- Martin, M., Martinez-Meco, P., & Kan, G. (2007). Factores de risco cardiovascular: Hipertensión arterial y dislipemias. In *Tratado de geriatría para residentes*. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- Martins, L.C.G., Guedes, N.G., Teixeira, I.X., Lopes, M.V.O., & Araújo, T.L. (2009). Nível de actividade física em portadores de hipertensão arterial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17 (4), 462-467.
- Martins, R. (2005). A emergência de um cuidar gerontológico. *Servir*, 53 (4), 160-165.
- Martins, T. (2006). *Acidente vascular cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Mártires, M. (2007). A satisfação e a motivação dos enfermeiros nos cuidados de saúde primários. *Pensar Enfermagem*, 11 (2), 45-54.
- Mckay, J., & Marshall, P. (2002). *Action research: A guide to process and procedure*. European Conference on Research Methods in Business & Management, University of Reading, April 29-30.

- McKeown, R.E., & Messias, D.K.H. (2011). Epidemiologia. In M. Stanhope & J. Lancaster, *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população* (Cap. 11, pp. 251-289) Loures: Lusodidacta.
- Meacham, J. (1990). The loss of wisdom. In R. Sternberg, *Wisdom: Its nature, origins and development* (pp. 181-212). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mehta, K.K. (2005). Stress among family caregivers of older persons in Singapore. *Journal Cross Cult Gerontol.*, 20, 319-334.
- Meleis, A. (1991). *Theoretical nursing: Development and progress*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42 (6), 255-259.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Sciences*, 23 (1), 12-28.
- Meleis, A.I. (2005). *Theoretical nursing: Development and progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mendes, F.P. (2005). Doenças crônicas: A prioridade de gerir a doença e negociar os cuidados. *Pensar Enfermagem*, 9 (1, 1º sem.), 42-47.
- Mendonça, M.I., Reis, R.P., Sousa, A.C., Gomes, S., Faria P., Pereira, A., Silva, B., Serrão, M., Santos, N., Sousa, F.S., Silva, J.A., Sousa, J., Ornelas, I., Freitas, S., Cardoso, A., & Araújo, J.J. (2009). Velocidade da onda de pulso e estratificação do risco cardiovascular. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 28 (2), 155-171.
- Mesquita, C. (2003). *Empowerment na doença crónica: Um estudo de caso*. Lisboa: Instituto Superior das Ciências do Trabalho e de Empresa.
- Messias, D. (2004). *Transiciones: Teorías de rango medio*. Colombia: Universidad de La Sabana.
- Moniz, J. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa: A prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência.
- Moreira, R.M.M., & Horie, N.C. (2008). Obesidade. In W. Jacob Filho, *Terapêutica do idoso. Manual da Liga do Gamia* (2a ed., Cap. 24, pp. 351-370). Rio de Janeiro: Editora Rubio.
- Morgan, D., & Krueger, R. (1998). *The focus group kit*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Morisky, D., Green, L., & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 27, 67-74.

- Morse, J., & Field, P. (1998). *Nursing Research: The application of qualitative approaches*. Cheltenham: Chapmanon & Hall.
- Mulrow, C.D., & Brand, M.B. (2001). A hipertensão arterial no idoso. In J. Gallo, J. Busby, P. Rabins, R. Silliman & J. Murphy (2001). *Reichel Assistência aos idosos: Aspectos clínicos do envelhecimento* (5a ed., cap. 8, pp. 99-108). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Munhall, P. (1989). Philosophical ponderings on qualitative research methods in nursing. *Nursing Science Quarterly*, 2 (1), 20-28.
- Nações Unidas. (2002). *Segunda assembleia mundial sobre o envelhecimento: Construir uma sociedade para todas as idades*. Madrid: Autor.
- Nazaré, J. (2008). Guidelines: Sociedade Europeia de Hipertensão/Sociedade Europeia de Cardiologia (SEH/SEC). Aspectos terapêuticos. *Mundo Médico*, 10 (57), 46-48.
- Negrea, L.A. (2005). Diuréticos. In D. Hricick, J. Wright & Smith, M. (2005). *Segredos em hipertensão* (pp. 104-108). Porto Alegre: Artmed.
- Neuhauser, D. (2003). The coming third health care revolution: Personal empowerment. *Quality Management Health Care*, 12 (3), 171-184.
- Newson, J.T., & Schulz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, 11, 34-44.
- Nogueira, J. (2009). Terapêutica anit-hipertensiva em cuidados de saúde primários. A experiência do estudo VALSIM. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 28 (5), 525-532.
- Nogueira, M. (2012). A doença e dependência na família. In C. Moura (Coord.), *Processos e estratégias do envelhecimento. Intervenção para um envelhecimento ativo* (pp. 155-163). Porto: EuEdito.
- Nunes, B. (2008). *Envelhecer com saúde: Guia para melhorar a sua saúde física e psíquica*. Lisboa: Lidel.
- Nunes, L. (2006). *Justiça, poder e responsabilidade: Articulação e mediações nos cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde* (2a ed. rev. e ampl.). Lisboa: Climepsi.
- Oliveira, J. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis Editora.
- Onisko, J., Maxwell, C., Eliasziw, M., Zhang, J.X., Johansen, H., & Campbell, N.R. (2006). Large increases in Hipertension diagnosis and treatment in Canada after a healthcare professional education program. *Journal of the American Heart Association*, 48 (5), 853-860.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Autor.

- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *A enfermagem e a pessoa com doença crónica*. Recuperado em 4 janeiro, 2010, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.print.php?page=72&view=news:Print&id=353>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Pela qualidade da enfermagem*. Recuperado em 14 de janeiro, 2013, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/paginas/EstudoOCDEconfirmavisaoOE.aspx>.
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson.
- Orem, D. (1995). *Nursing: Concepts of practice*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Organização Mundial de Saúde. (1978). Conferência internacional sobre cuidados de saúde primários de saúde. A declaração de Alma-Ata. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *Envelhecimento activo: Uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Ouschan, R., Sweeney, J., & Johnson, L. (2000). Dimensions of patient empowerment: Implications for professional services marketing. *Health Marketing Quarterly*, 18 (1-2), 99-114.
- Pádua, F. (1999). *Promoção da saúde e promoção das doenças não transmissíveis: CINDI – Portugal. 3º Quinquénio? (1998-2002)*. Lisboa: Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva.
- Pádua, F. (2008). *O livro do coração: Viver mais e melhor*. Alfragide: Academia do Livro.
- Patten, C., & Craik, R. (2000). Alterações sensoriais e adaptação no idoso. In A.A. Guccione (Ed.), *Fisioterapia geriátrica* (pp. 73-102). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Payne, R. (2003). *Técnicas de relaxamento: Um guia prático para profissionais de saúde*. Loures: Lusociência.
- Perdigão, C., Duarte, J., Rocha, E. & Santos, A. (2009). Prevalência e caracterização da hipertensão arterial em Portugal. Implicações numa estratégia de prevenção. Uma análise do estudo AMALIA. *Revista Factores de Risco*, 13, 14-22.
- Perea Quesada, R. (2004). Qué es la educación para la salud. In R. Perea Quesada, *Educación para la salud: Reto de nuestro tiempo* (pp. 13-20). Madrid: Diaz de Santos.
- Pereira, A. (2003). *Guia prático de utilização do SPSS: Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, C.M. (2011). A alimentação Sénior! Actualmente as populações vivem mais tempo mas será que podem viver melhor? *Revista Factores de Risco*, 22, 76-79.

- Pereira, E., & Costa, M. (2007). Os centros de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliário: Estudo de um centro de saúde. *Texto Contexto Enferm*, 16 (3), 408-416.
- Pérez, J., & Unanua, A. (2003). *Hipertensão arterial*. Rio de Mouro: Everest Editora.
- Pérez-Castejón Garrote, J.M., Durany Tiirk, S., Garrigós Toro, A., & Olivé Torralba, A. (2012). Prevención de la dependencia y envejecimiento saludable. *JANO: Medicina y Humanidades*, 1638, 40-45.
- Pérez-Cuevas, R., Reyes Morales, H., Vladislavovna Doubova, S., Zepeda Arias, M., Díaz Rodríguez, G., Peña Valdovinos, A., & Muñoz Hernández, O. (2009). Atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos con participación de enfermeras en medicina familiar. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 26 (6), 511-517.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Phipps, W.J., Sands, J.K., & Marek, J.F. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: Conceitos e prática clínica* (6a ed., vol. 1). Loures: Lusociência.
- Pinto, A. (2001). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de investigação e comunicação do conhecimento científico*. Lisboa: Lidel.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pontes, J.L. (2012). Promoção da qualidade de vida. In *Processos e estratégias do envelhecimento: Intervenção para um envelhecimento ativo* (pp. 289-296). Viseu: Euedito.
- Portaria n° 273/2009*, de 18 de março. Cria vários agrupamentos de centros de saúde (ACES), integrados na Administração Regional de Saúde do Norte, IP. Diário da República, 54. Série I.
- Portugal, J., & Azevedo, M. (2011). Optimize o seu bem-estar. In O. Ribeiro e C. Paúl, *Manual de envelhecimento activo* (Cap.8, pp. 205-32), Lisboa: Lidel.
- Quitério, S. (2008). Porquê a hipertensão arterial?. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 385-386.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramalhinho, I. (1994). *Adesão à terapêutica anti-hipertensiva. Contributo para o seu estudo*. Manuscrito não publicado, Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, Lisboa.

- Ramos, L., & Miranda, R. (1999). Impacto epidemiológico da hipertensão arterial sistólica isolada no idoso. *Revista Brasileira Hipertensão*, 6 (4), 370-375.
- Rebelo, M. (2012). O regresso do doente a casa: Saberes e práticas dos enfermeiros no processo de alta. In M. Basto, *Cuidar em enfermagem: Saberes da prática* (pp. 191-273). Coimbra: Formasau.
- Rebok, G.W., & Gallo, J.J. (2001). O envelhecimento bem-sucedido: Otimizando as estratégias para a assistência primária em geriatria. In J. Gallo, J. Busby-Whitehead, V. Rabins, A. Silliman & R. Murphy, Reichel, *assistência ao idoso: Aspectos clínicos do envelhecimento* (5a ed., cap. 48, pp. 465-471). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Redman, B. (2003). *A prática da educação para a saúde*. Loures: Lusociência.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). Envelhecimento activo. In O. Ribeiro & C. Paúl (Coords.), *Manual de envelhecimento activo* (Cap. 1, pp. 1-12). Lisboa: Lidel.
- Riley, M. (1998). Letters to the editor. *Gerontologist*, 38, 151.
- Roach, S. (2009). *Introdução à enfermagem gerontológica*. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan.
- Robert, L. (1994). *O envelhecimento*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: Formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.
- Rojas Jiménez, A.M., & De la Cruz Fernández, J. (2007). Cuidados de enfermería. In M. Jordán Valenzuela, *Cuidados de enfermería al paciente hipertenso* (pp. 203-221). [s.l.]: Formación continuada Logos.
- Rondon, M., & Brum, P. (2003). Exercício físico como tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens*, 10 (2), 134-139.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books.
- Rudman, D., & Cohan, M. (1997). Nutrição na terceira idade. In E. Calkins, A. Ford & P. Katz, *Geriatria prática* (2a ed., cap. 3, pp. 19-33). Rio de Janeiro: Editora Revinter.
- Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Saldanha, H. (2009). *Bem viver para bem envelhecer: Um desafio à gerontologia e à geriatria*. Lisboa: Lidel.
- Sant'Anna, M. (2000). *O velho no espelho: Um cidadão que envelheceu*. Florianópolis: Edição da UFSC.
- Santos, C. (2006). *Doença oncológica: Representação, coping e qualidade de vida*. Coimbra: Formasau.

- Sargento, D. (2011). Factores de risco cardiovascular e a sua prevenção no doente idoso. *Revista Factores de Risco*, 22, 71-75.
- Savage, S., & Bailey, S. (2004). The impact of caring on caregivers' mental health: Review of the literature. *Aust. Health Rev.*, 27 (1), 111-117.
- Schachter-Shalomi, Z., & Miller, R. (1996). *Mais velhos mais sábios: Uma visão nobre e profunda da arte de envelhecer*. Rio de Janeiro: Campus Editora.
- Schulz, A., Israel, B., Zimmerman, M., & Checkoway, B. (1995). Empowerment as a multi-level construct: Perceived control at the individual, organizational and community levels. *Health Education Research*, 10 (3), 309-327.
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), 119-127.
- Schumacher, K.L., Jones, P.E., & Meleis, A.I. (1999). Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. In E.A. Swanson & T. Tripp-Reiner (Eds.), *Life transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals* (pp. 1-26). New York: Springer.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto.
- Shea, S., Misra, D., Ehrlich, M., Field, L., & Francis, C. (1992). Correlates of nonadherence to hypertension treatment in an inner-city minority population. *American Journal of Public Health*, 12, 1607-1612.
- Silva García, L., Pérez Santana, J.M., Silva García, M.C., Junquera Veloso, C.R., Rodríguez Suárez, L.F., Fernández de la Fuente, N., Bueno Mariscal, C., Caballero Oliver, A., Rico Corral, M.A., & Torres Moreno, J. (2006). *Cuidados enfermeros en atención primaria: Programa de salud del adulto e anciano*. Sevilla: Editora MAD.
- Silva, A. (2001). *Sistemas de informação em enfermagem: Uma teoria explicativa*. Tese de doutoramento não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade de Porto, Porto.
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55 (12), 11-20.
- Silva, P. (2005). Obesidade: Um factor de risco com muitas facetas. In Fundação Portuguesa de Cardiologia com apoio Abbott Laboratórios (Eds.), *Estilos de vida saudáveis: Factores de risco cardiovascular*. Lisboa: Ligrate - Atelier Gráfica.
- Silveira, T.M., Caldas, C.P., & Carneiro, T.F. (2006). Cuidando de idosos dependentes na comunidade: Um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (8), 1629-1638.
- Sim, J. (1998). Collecting and analysing qualitative data: Issues raised by the focus group. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (2), 345-352.

- Siviero, J., Taufer, M., & Mastroeni, M. (2000). Nutrição e envelhecimento humano. In E.A. Jeckel-Neto & I.B.M. Cruz (2000). *Aspectos biológicos e geriátricos do envelhecimento II* (2ªed., cap. 10, pp. 207-234). Porto Alegre: Edipucrs.
- Soares, A., & Castro, E., (2008). Hipertensão arterial sistémica. In W. Jacob Filho, *Terapêutica do idoso. Manual da Liga do Gamia* (Cap.14, pp. 203-221). Rio de Janeiro: Editora Rubio.
- Soares, S., & Mendes, C. (2008). Conhecer os doentes hipertensos de uma lista de utentes... Que risco cardiovascular? *Revista Factores de Risco*, 10, 36-41.
- Sociedade Europeia de Cardiologia/Sociedade Europeia de Hipertensão. (2007). Recomendações para o tratamento da hipertensão arterial. *European Heart Journal*, 28, 1462- 1536.
- Sousa, L. (2004). Ciclo (final) de vida familiar. In L. Sousa, D. Figueiredo & M. Cerqueira, *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice* (pp. 13-58). Porto: Âmbar.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice* (2a ed.) Porto: Âmbar.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37 (3), 364-371.
- Sousa, L., Relvas, A., & Mendes, A. (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa: Climepsi.
- Sousa, O., & Araújo, L. (2011). Coma bem e faça escolhas saudáveis. In O. Ribeiro & C. Paúl, *Manual de envelhecimento activo* (Cap. 3, pp. 45-76). Lisboa: Lidel.
- Speziale, H., & Carpenter, D. (2003). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. London: Lippincott.
- Spinato, I., Monteiro, L., & Santos, Z. (2010). Adesão da pessoa hipertensa ao exercício físico: Uma proposta educativa em saúde. *Rev Texto Contexto Enferm.*, 19 (2), 256-264.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas: Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. Loures: Lusodidacta.
- Stanley, M., Bair, K., & Beare, P. (2005). *Gerontological nursing: Promoting successful aging with older adults*. Philadelphia: Davis Company.
- Sternberg, R. (1990). Understanding wisdom. In R. Sternberg, *Wisdom: Its nature, origins and development* (pp. 3-9). Cambridge: Cambridge University Press.

- Sternberg, R. (2001). How wise is to teach for wisdom? A reply to five critiques. *Educational Psychologist*, 36 (4), 269-272.
- Streubert, H.J., & Carpenter, D.R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusociência.
- Swanson, K.M. (1991). Empirical Development of a middle rango theory of caring. *Nursing Research*, 40 (3), 161-166.
- Tanner, E. (2004). Chronic illness demands for self-management in older adults. *Geriatric Nursing*, 25 (5), 313-317.
- Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P. (2005). *Fundamentos de enfermagem: A arte e a ciência do cuidado de enfermagem* (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Tones, K., & Tilford, S. (1994). *Health education. Effectiveness, efficiency and equity*. London: Chapman & Hall.
- Tournier, P. (1997). *Aprendiendo a envejecer*. Barcelona: Clie.
- Travelbee, J. (1978). *La relation d'aide en nursing psychiatrique*. Montr: ERPI.
- Tripp, D. (2005). Pesquisa-ação: Uma introdução metodológica. *Educação e Pesquisa*, 31 (3), 443-466.
- Turnbull, F., Neal, B., Ninomiya, T., Algert, C., Arima, H., Barzi, F., Bulpitt, C., Chalmers, J., Fagard, R., Gleason, A., Heritier, S., Li, N., Perkovic, V., Woodward, M., & MacMahon, S. (2008). Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials. *BMJ*, 336 (7653), 1121-1123.
- Tveiten, S., & Knutsen, I. (2011). Empowering dialogues: The patients' perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25 (2), 333-340.
- Urosa Sanz, B. (2002). Métodos cuantitativos de investigación en educación para la salud. In M.I. Serrano González (Coord.), *La educación para la salud del siglo XXI: Comunicación y salud* (Cap. 3, pp. 33-66). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Vala, J. (1989). A análise de conteúdo. In Silva, A.S. & Pinto, J.M, *Metodologia das ciências sociais* (pp. 101-127). Porto: Edições Afrontamento.
- Van Guilder, G., Westby, C., Greiner, J., Stauffer, B., & De Souza, C., (2007). Endothelin-1 vasoconstrictor tone increases with age in healthy men but can be reduced by regular aerobic exercise. *Hypertension*, 50, 403-409.
- Van Someren, M.N., Barnard, Y.F., & Sandberg, J.A.C. (1994). *The think aloud method. A practical guide to modeling cognitive processes*. Amsterdam: Department of Social Science Informatics University of Amsterdam.

- Veríssimo, C., & Moreira, I. (2004). Os cuidadores familiares/informais. Cuidar o idoso dependente em domicílio. *Pensar Enfermagem*, 8 (1), 60-65.
- Viegas, S., & Gomes, C. (2007). *A identidade na velhice*. Lisboa: Âmbar.
- Vieira, M. (2008). *Ser Enfermeiro: Da compaixão à proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal.
- Wallerstein, N., & Bernstein, E. (1988). Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly*, 15 (4), 379-394.
- Walsh, F., & Anderson, C. (1987). Chronic disorders and families: An overview. In F. Walsh & C. Anderson, *Chronic disorders and the family*. New York: The Haworth Press.
- Wanderley, F.A., & Carvalho, J. (2011). Factores de risco e sua prevenção no doente idoso: Papel do exercício físico. *Revista Factores de Risco*, 22, 80-83.
- Watson, J. (1979). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boston: Little Brown.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Weir, M.R. (2010). *Evidence-based management of hypertension*. Nr Shrewsbury. UK: Castle Hill Barns, Harley.
- Whelton, P.K., He, J., Appel, L.J., Cutler, J.A., Havas, S., Kotchen, T.A., Roccella, E.J., Sout, R., Vallbona, C., Winston, M.C., & Karimbakas, J. (2002). Primary prevention of hypertension. Clinical and public health advisory from the National High Blood Pressure Education Program. *JAMA American Medical Association*, 288 (15), 1882-1888.
- Wilkins, R., & Adams, O. (1983). Health expectancy in Canada, late 1970s: Demographic, regional and social dimensions. *American Journal of Public Health*, 73, 1073-1080.
- Wilkinson, I., Waring, S., & Cockerott, J. (2003). *Hypertension: Your questions answered*. London: Churchil Livingstone.
- Wood, D.A., Kotseva, K., Connollys, Jennings, C., Mead, A., Jones, J., Holden, A., De Bacquer, D., Collier, T., De Backer, G., Faergeman, O., & EUROACTION Study Group. (2008). Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (Euroaction) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: A paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 371 (9629), 1999-2012.
- World Health Organization. (2002a). *Active aging. A policy framework*. Department of Health Promotion, Noncommunicable Disease Prevention and Surveillance. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2002b). *The world health report. Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: Author.

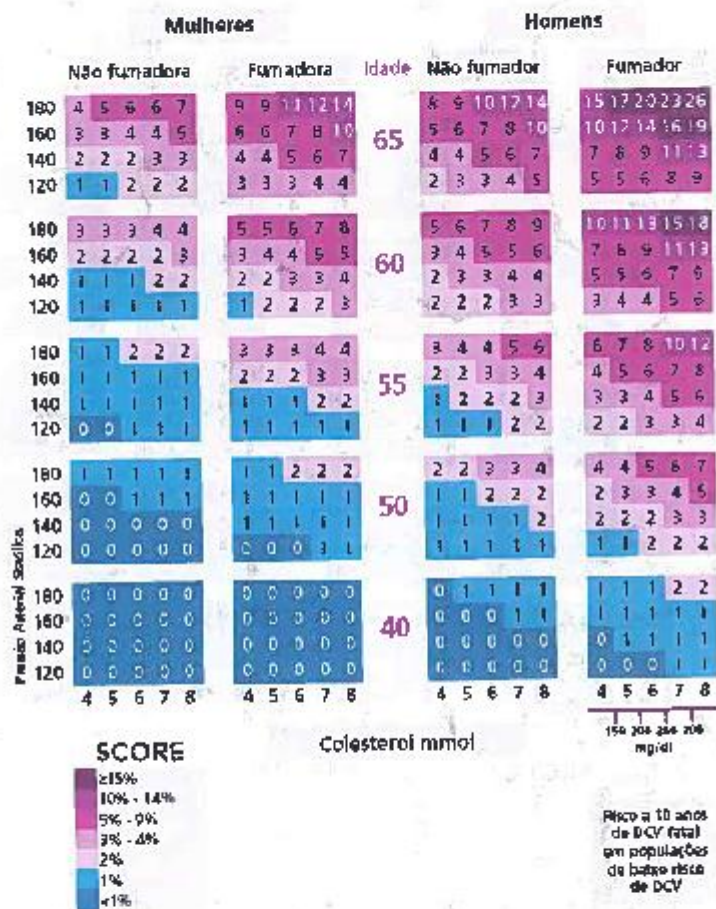
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2005). *Mortality by 67 causes of death, age and sex: Supplement to the European Health for all database*. [on-line]. Recuperado em 12, outubro, 2011, de [www:url:http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/InformationSources/Data/20011017_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/InformationSources/Data/20011017_1).
- World Health Organization. (2006a). *Global database on body mass index. BMI classification*. Recuperado em 22 setembro, 2010, de <http://apps.who.int/bmi/index.jsp>.
- World Health Organization. (2006b). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2007). *WHO Scientific group on the assessment of osteoporosis at primary health care level: Summary meeting report*. Geneva: Author.
- Zagonel, I. (1998). O cuidado de enfermagem na perspectiva dos eventos transicionais humanos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 11 (2), 56-63.
- Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7 (3), 25-32.

ANEXOS

Anexo 1

Instrumento de avaliação do risco global cardiovascular

Tabela de Baixo Risco Cardiovascular¹



¹ Terceiro Grupo de Trabalho de Sociedades Europeias e outras Sociedades para a Prevenção da Doença Cardiovascular na Prática Clínica (2003). Recomendações para a Prevenção da Doença Cardiovascular na Prática Clínica.

Anexo 2

Formulário aos idosos participantes na primeira fase do estudo

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

FORMULÁRIO - IDOSOS

Parte I

Caracterização Social e demográfica

1 - Idade: _____ (anos)

2 - Sexo:

Masculino (1)

Feminino (2)

3 - Proveniência:

Rural (1)

Urbana (2)

4 - Localidade: _____

5 - Atividade atual: _____

6 - Situação habitacional:

Vive em casa própria (1)

Vive em casa de familiares (2)

Outra (3) – Onde? _____

7 - Com quem vive:

Sozinho/a (1)

Com o cônjuge (2)

Com o cônjuge e outros familiares (3)

Com familiares (4)

Outra (5) – Quem? _____

8 - Estado Civil:

Solteiro/a (1)

Casado/a (2)

Viúvo/a (3)

União de Facto (4)

Divorciado/a (5)

ÍNDICE DE GRAFFAR

1 - Profissão

1º Grau	Diretores de bancos. Diretores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, professores com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.	
2º Grau	Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, sub diretores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes.	
3º Grau	Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestre-de-obras.	
4º Grau	Operários especializados com ensino primário completo (motoristas, polícias, cozinheiros, etc.).	
5º Grau	Trabalhadores manuais ou operários não especializados (jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc).	

2 - Nível de Instrução

1º Grau	Ensino universitário ou equivalente (mais 12 anos de estudo), por exemplo, catedráticos e assistentes, doutores ou licenciados, títulos universitários ou de escolas superiores ou especiais, diplomados, economistas, notários, juizes, magistrados, agentes do Ministério público, militares da Academia.	
2º Grau	Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo), por exemplo técnicos e peritos.	
3º Grau	Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo), por exemplo com curso de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa patente ou sem Academia.	
4º Grau	Ensino primário completo (4 anos de estudo)	
5º Grau	Ensino primário incompleto ou nulo (com um ou dois anos de ensino primário, que sabem ler ou analfabetos).	

3 - Fontes de Rendimento Familiar

1º Grau	A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida (ex.: pessoas que vivem de rendimentos, proprietários de grandes indústrias ou grandes estabelecimentos comerciais).	
2º Grau	Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados (ex.: encarregados e gerentes, lugares com adição de rendimentos igual aos encarregados e gerentes, representantes de grandes firmas comerciais, profissões liberais com grandes vencimentos).	
3º Grau	Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo, tipo funcionário (ex.: empregado do Estado, Governo Civil ou Câmara Municipal, oficiais de primeira, sub gerentes ou cargos de responsabilidade em grandes empresas, profissionais liberais de médio rendimento, caixeiros viajantes).	
4º Grau	Os rendimentos resultam de salários, ou seja remuneração por semana, por jorna, por horas ou à tarefa (ex.: operários, empregados de comércio e escriturários).	
5º Grau	O indivíduo ou família são sustentados pela beneficência pública ou privada. Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho (ex.: pessoas sem rendimentos).	

4 - Conforto do Alojamento

1º Grau	Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moradores o máximo conforto.	
2º Grau	Casas ou andares que, sem serem tão luxuosos como os anteriores, são confortáveis e espaçosos.	
3º Grau	Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho.	
4º Grau	Categoria intermédia entre 3 e 5.	
5º Grau	Alojamentos impróprios para uma vida decente, choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade.	

5 - Aspeto do bairro habitado

1º Grau	Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou alugueres são elevados.	
2º Grau	Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.	
3º Grau	Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável	
4º Grau	Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminhos de ferro, etc.	
5º Grau	Bairros de lata.	

PARTE II

Parâmetros de Avaliação Clínica e Antropométrica

1 - Peso Corporal: _____ Kg

2 - Altura: _____ m

3 - IMC: _____ Kg/m²

4 - TA: Sistólica _____ 5 – Diastólica _____ (última avaliação)

6 - Colesterol total _____ 7 – Colesterol HDL _____

8 – Risco Global Cardiovascular _____

PARTE III

Avaliação de Estilos de Vida

1 - Fuma?

Sim (1)

Não (2)

2 - Se sim, quantos cigarros por dia? _____

3 - Há quanto tempo é fumador? _____

4 - Foi fumador?

Sim (1)

Não (2)

5 - Bebe?

Sim (1)

Não (2)

6 - Quando bebe?

Às refeições? (1)

Às refeições e nos intervalos? (2)

7 - O que bebe com mais frequência?

Vinho (1)

Cerveja (2)

Bebidas espirituosas (3)

Vinho e cerveja (4)

Vinho, cerveja e bebidas espirituosas (5)

8 - Quanto bebe por dia? _____ (copos)

9 - Diariamente, bebe água?

Sim (1)

Não (2)

10 - Quanta água bebe por dia? _____ (copos)

11 - Hábitos alimentares: Quantas refeições faz normalmente por dia? _____

12 - Pequeno almoço:

Sim (1)

Não (2)

13 - Se sim, o que toma habitualmente? _____

14 - Se não, qual a razão? _____

15 - Almoço: Ontem, o que almoçou? _____

16 - Lanche:

Sim (1)

Não (2)

17 - Se sim, o que lancha habitualmente? _____

18 - Se não, qual a razão? _____

19 - Jantar: Ontem, o que jantou? _____

20 - Ceia:

Sim (1)

Não (2)

21 - Se sim, o que ceia habitualmente? _____

22 - Se não, qual a razão? _____

23 - Pratica algum tipo de exercício físico?

Sim (1)

Não (2)

24 - Se sim, que pratica? _____

25 - Se sim, costuma fazê-lo:

Sozinho (1)

Acompanhado (2)

26 - Se sim, quantas vezes por semana? _____

27 - Se não, qual o motivo? _____

PARTE IV

28 - Tem antecedentes familiares de doença cardíaca?

Sim (1)

Não (2)

Não sabe (3)

29 - Tem outras doenças diagnosticadas além da HTA?

Sim (1)

Não (2)

30 - Se sim, quais? _____

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

1 - Alguma vez se esqueceu de tomar os seus medicamentos para a HTA?					
Sempre - 1	Quase sempre - 2	Com frequência - 3	Por vezes - 4	Raramente - 5	Nunca - 6
2 - Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua HTA?					
Sempre - 1	Quase sempre - 2	Com frequência - 3	Por vezes - 4	Raramente - 5	Nunca - 6
3 - Alguma vez deixou de tomar os medicamentos da HTA por se ter sentido melhor?					
Sempre - 1	Quase sempre - 2	Com frequência - 3	Por vezes - 4	Raramente - 5	Nunca - 6
4 - Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a HTA, por sua iniciativa, por se ter sentido pior?					
Sempre - 1	Quase sempre - 2	Com frequência - 3	Por vezes - 4	Raramente - 5	Nunca - 6
5 - Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a HTA, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre - 1	Quase sempre - 2	Com frequência - 3	Por vezes - 4	Raramente - 5	Nunca - 6
6 - Alguma vez interrompeu a terapêutica para a HTA por ter deixado acabar os medicamentos?					
Sempre - 1	Quase sempre - 2	Com frequência - 3	Por vezes - 4	Raramente - 5	Nunca - 6
7 - Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a HTA por alguma razão que não fosse por indicação médica?					
Sempre - 1	Quase sempre - 2	Com frequência - 3	Por vezes - 4	Raramente - 5	Nunca - 6

Anexo 3

Questionário de caracterização socioprofissional dos enfermeiros

(Cód.....)

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

QUESTIONÁRIO

Caracterização socioprofissional do Enfermeiro

1 - Idade: _____ (anos)

2 - Sexo:

Feminino (1)

Masculino (2)

3 - Habilitação Profissional:

Enfermeiro nível 1 (1)

Enfermeiro graduado (2)

Enfermeiro especialista (3)

4 - Habilitação académica: _____

5 - Há quanto tempo trabalha neste Centro de Saúde _____ (anos)

Anexo 4

Guião da entrevista aos idosos

(Cód....)

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Guião da Entrevista ao Idoso

Objetivo	Pergunta	Outras perguntas orientadoras
Conhecer as perceções do idoso acerca da HTA	Há quanto tempo sabe que é hipertenso/a?	Como foi que soube que era hipertenso/a?
	Quais foram as causas para a tensão arterial subir?	Porque acha que a sua tensão arterial subiu?
Identificar os conhecimentos do idoso sobre a HTA	Sabe as complicações da hipertensão arterial?	Sabe o que a hipertensão arterial pode causar em relação à sua saúde?
Compreender as suas capacidades face à doença	O que faz por si diariamente e que tem a ver com a tensão arterial?	Diariamente, o que faz para controlar a sua HTA?
	Quem acha que é a pessoa mais importante para a/o ajudar a controlar a HTA?	
	Para além de tudo que faz, o que acha que poderia ainda fazer para controlar a sua HTA?	

Anexo 5

Guião da entrevista aos enfermeiros

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Guião da Entrevista ao Enfermeiro

Objetivo	Pergunta	Outras perguntas orientadoras
Conhecer os eixos estruturantes da consulta de enfermagem ao idoso com HTA	Como desenvolve/processa a consulta ao idoso hipertenso?	Normalmente como organiza o desenvolvimento da consulta ao idoso com HTA?
Perceber as capacidades/competências necessárias dos enfermeiros nas intervenções aos idosos com HTA	Que dificuldades sente na realização desta consulta? O que acha que ainda poderia fazer, para além do que já faz?	O que é mais difícil de realizar?

Anexo 6

Documento de consentimento livre e esclarecido dos idosos

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ (nome completo), declaro que compreendi a finalidade e os objetivos e aceito participar no estudo de investigação subordinado ao tema “Processos de Cuidar em Enfermagem – Idosos com Hipertensão Arterial”, levado a cabo por Maria Alice Rodrigues dos Mártires, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real - UTAD, no âmbito do seu Doutoramento em Enfermagem, na Universidade de Lisboa. Aceito responder às questões colocadas nos instrumentos de recolha de dados utilizados e na consulta de elementos necessários constantes do processo clínico, bem como participar activamente em todo o programa de intervenção que vai ser realizado, conhecendo os benefícios que posso vir a obter. Tenho ainda conhecimento da possibilidade de poder optar pela desistência em qualquer momento do estudo e que não serei penalizado pelas informações fornecidas. Mais declaro que não me oponho à publicação dos resultados obtidos, salvaguardando o respeito pelo anonimato.

_____ de _____ de 2009

Assinatura:

Anexo 7

Documento de consentimento livre e esclarecido dos enfermeiros

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ (nome completo),
enfermeiro _____, declaro que compreendi a finalidade e os objectivos e aceito
participar no estudo de investigação subordinado ao tema “Processos de Cuidar em
Enfermagem - Idosos com Hipertensão Arterial”, levado a cabo por Maria Alice Rodrigues
dos Mártires, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Professora
Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real - UTAD. Aceito responder às
questões colocadas, bem como aceito participar activamente no programa de intervenção, a
realizar durante este estudo. Tenho ainda conhecimento da possibilidade de poder optar pela
desistência em qualquer momento do estudo e que não serei penalizado pelas informações
fornecidas. Mais declaro que não me oponho à publicação dos resultados obtidos,
salvaguardando o respeito pelo anonimato.

Chaves, _____ de _____ de 2009

Assinatura:

Anexo 8

Pedido de autorização para a realização do estudo

Exmo. Senhor:
Coordenador da Sub-Região de Saúde de Vila Real
Rua Miguel Torga
5000 Vila Real

Maria Alice Rodrigues dos Mártires, enfermeira, com especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real - UTAD, pretende realizar um estudo de investigação, no âmbito do seu doutoramento em enfermagem da Universidade de Lisboa, sobre os processos de cuidar os idosos com hipertensão arterial, na consulta de enfermagem, do Centro de Saúde nº 1 de Chaves.

Pretendemos com este estudo:

- Analisar as práticas dos enfermeiros, no contexto da consulta de enfermagem do idoso com hipertensão arterial;
- Identificar o papel da família/cuidador principal, no contexto da consulta de enfermagem do idoso hipertenso, no Centro de Saúde;
- Compreender os processos interactivos de intervenção terapêutica entre enfermeiro/idoso/família, no contexto da consulta de enfermagem;
 - Delinear um modelo de acção dirigido aos actores do estudo
 - Proceder à sua implementação em 2 ou 3 momentos
 - Proceder à avaliação dos resultados alcançados

Desenvolver um modelo explicativo do ajustamento terapêutico realizado pelos diferentes actores intervenientes neste processo.

Neste sentido, vimos por este meio solicitar a Va. Exa. se digne autorizar a realização do referido estudo, prevendo a duração de três anos consecutivos (anexamos o cronograma do estudo).

Grata pela atenção dispensada, atentamente,

Vila Real, 05 de janeiro de 2009



Exmo. Senhor
Director do Centro de Saúde de
Chaves I
5400-159CHAVES

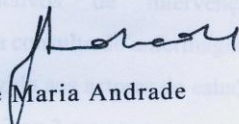
S/ Ref. S/ Comun. de Proc. N/ Ref. Vila Real.
Coordenação 7009-01-26 00036

ASSUNTO: Pedido de autorização realização de estudo de investigação

Em anexo, se envia cópia do pedido em epígrafe, a fim de V. Exa. emitir parecer.

Com os melhores cumprimentos

Coordenador da Sub-Região de Saúde


José Maria Andrade

*Res. parecer da
enf. Chef.
30.01.79*

*Dr.º Allino Leite
Director do Centro de Saúde*

*Enfermeira CH I
Tendo em conta a pertinência
dos resultados de melhora do caso
no C.S., e poder ser um caso valioso
para o conhecimento, de de e reflexo
em termos de transmissão e de autorização.
Rdo lido*

ILDA GONÇALVES RIBEIRO
ENFERMEIRA CHEFE

*É de autorização
12/02/79*

Dr.º Allino Leite

Anexo 9

Autorização dos autores para utilização da escala de Medida de
Adesão aos Tratamentos (MAT)

Exma. Prof^a. Dra. Maria Luísa Lima:

Luísa Lima luisa.lima@iscte.pt

17 nov (3 dias atrás)

Cara Alice Mártires

Muito obrigada pelo seu contacto e pelo seu interesse no nosso trabalho.

Autorizo a utilização da MAT, desde que a referencie correctamente em publicações futuras desta investigação:

Delgado, A.B., & Lima, M.L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia: Saúde e Doenças*, 1, 81-100.

Com os melhores cumprimentos, desejo-lhe os melhores sucessos.

Luisa Lima

--

Luísa Pedroso de Lima Professora Catedrática Directora da Escola de Ciências Sociais e Humanas

Anexo 10

Instrumento de avaliação do estado cognitivo (MMSE)

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21 _ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

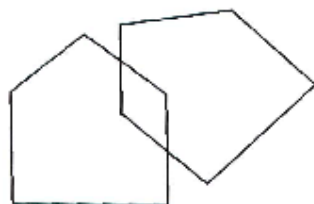
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: _____

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

<p><u>Considera-se com defeito cognitivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• analfabetos \leq 15 pontos• 1 a 11 anos de escolaridade \leq 22• com escolaridade superior a 11 anos \leq 27

Anexo 11

Instrumento de avaliação do estado de saúde do idoso (SF – 36v2)

Questionário de estado de saúde (SF-36v2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor, coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia a dia.

Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor, assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a) Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b) Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c) Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d) Subir vários lanços de escada	1	2	3
e) Subir um lanço de escadas	1	2	3
f) Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 km	1	2	3
h) Andar várias centenas de metros	1	2	3
i) Andar uma centena de metros	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b) Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c) Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2	3	4	5
d) Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas quatro semanas teve, com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b) Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c) Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor, ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas quatro semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque, por favor, um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se de que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b) Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c) Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d) Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e) Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f) Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g) Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h) Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i) Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.
Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutament falso
a) Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b) Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c) Estou convencido/a de que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) A minha saúde é ótima	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO

Anexo 12

Instrumento de registo individual do idoso - parâmetros em avaliação pré e pós
programa de intervenção de enfermagem

Ficha individual

Cod.

Identificação

Nome: _____

Idade: _____ **Data de Nascimento:** _____

Proveniência: _____ Rural 1 ___ Urbano 2

Contacto telefónico: _____

Sexo: Feminino 1 ___ Masculino 2

Data __/__/__	Data __/__/__	Data __/__/__	Data __/__/__	Data __/__/__
Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____	Peso: _____
Altura: _____	Altura: _____	Altura: _____	Altura: _____	Altura: _____
IMC: _____	IMC: _____	IMC: _____	IMC: _____	IMC: _____
Perímetro da cintura abdominal: _____	Perímetro da cintura abdominal: _____	Perímetro da cintura abdominal: _____	Perímetro da cintura abdominal: _____	Perímetro da cintura abdominal: _____
TA: _____	TA: _____	TA: _____	TA: _____	TA: _____
Glicemia: _____	Observações: _____	Observações: _____	Observações: _____	Glicemia: _____
Triglicédeos: _____	_____	_____	_____	Triglicédeos: _____
Colesterol Total: _____	_____	_____	_____	Colesterol Total: _____
HDL: _____	_____	_____	_____	HDL: _____
LDL: _____	_____	_____	_____	LDL: _____
Observações: _____	_____	_____	_____	Observações: _____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Anexo 13

Autorização dos autores para utilização do questionário de avaliação
do estado de saúde

Coimbra, 14 de Abril de 2013

Ex.ma Senhora Enfermeira:

Em resposta ao pedido que me formalizou é com todo o prazer que envio a versão portuguesa do instrumento de medição SF-36 (*MOS Short Form Health Survey - 36 Item - version 2*) para aplicar no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Este instrumento permite (i) medir e avaliar o estado de saúde de populações e indivíduos com ou sem doença; (ii) monitorizar doentes com múltiplas condições; (iii) comparar doentes com condições diversas; e (iv) comparar o estado de saúde de doentes com o da população em geral.

A sua validação e a obtenção dos valores normais encontram-se nas seguintes referências:

- Ferreira PL, Santana P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2003; 21 (2): 15-30.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I - Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa* 2000; 13: 55-66.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II - Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa* 2000; 13: 119-127.

Mais informação sobre as características desta medida poderá encontrar em

<http://www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS/Lista/Instrumentos/SF36>

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio eletrónico

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
Av. Dias da Silva, 1653004-512 COIMBRA -
tel/Fax 239 790 507

Anexo 14

Guião orientador do *focus group* com as enfermeiras

04 de Junho, 2012

“Focus Group” – Guião orientador

Análise da intervenção de enfermagem no âmbito do programa

“Cuide do seu Coração”

Introdução

Agradecimento pela disponibilidade e participação no grupo de discussão

Breve contextualização da investigação

Objetivos do *focus group*:

- *Proceder a uma análise reflexiva e crítica sobre o desenvolvimento do programa de intervenção de enfermagem “Cuide do seu Coração”*
- *Analisar as perceções das enfermeiras acerca dos resultados obtidos*
- *Conhecer as motivações das enfermeiras sobre a continuidade do programa e projetos da equipa de enfermagem*

Questões

1. Sobre o trabalho desenvolvido com os grupos de idosos no programa de enfermagem “Cuide do seu Coração”, que análise fazem deste trabalho?
 - Quanto ao processo de desenvolvimento - que apreciação fazem?
 - Quanto aos resultados – como os analisam?
2. O que tem sido participar neste trabalho com os idosos? Como têm sentido esta experiência? Qual a perceção sobre os ganhos em saúde:
 - Para os idosos em termos globais da saúde?
 - Quais os aspectos que considera terem sido mais relevantes neste trabalho?
3. Para os enfermeiros que diretamente participaram na intervenção, que avaliação fazem deste trabalho?
4. Para a enfermeira chefe do centro de saúde e coordenadora da UCC, que avaliação faz , enquanto elemento integrador e avaliadora externa deste projeto?
5. E sobre a continuidade do projeto e perspectivas futuras?

Anexo 15

Certificado de participação no programa de enfermagem

“Cuide do seu Coração”



ACES ATB
Agrupamento de Centros de Saúde
Alto Tâmega e Barrosos



Certifica-se que _____, e
_____, participaram em todas as sessões do Programa de Intervenção “*Cuide do seu Coração*”, desenvolvido pela equipa de enfermagem, no âmbito do Projecto “Aprender a Viver com o Risco Cardiovascula” na Prevenção das Doenças Cardiovasculares e controlo da HTA, integrado no Plano de Actividades da Unidade de Cuidados na Comunidade e que decorreu em

A Coordenadora da unidade

A Enfermeira responsável
pelo programa
