



## ARTIGO DE PESQUISA

### CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO DE IDOSOS ATENDIDOS PELA CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE

*CAPACITY FOR SELF-CARE OF ELDERLY PEOPLE ATTENDED IN NURSING CONSULTATION IN SECONDARY HEALTH CARE*

*CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DE ANCIANOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN SECUNDARIA A LA SALUD*

*Fernanda Vieira Nicolato<sup>1</sup>, Alcimar Marcelo do Couto<sup>2</sup>, Edna Aparecida Barbosa de Castro<sup>3</sup>*

#### RESUMO

**Objetivo:** analisar a capacidade de autocuidado de idosos atendidos pela consulta de enfermagem em um ambulatório multiprofissional de atenção à saúde do idoso e levantar as características sociodemográficas e epidemiológicas deste grupo populacional. **Método:** estudo descritivo e exploratório, com aplicação de uma escala para a avaliação da capacidade do autocuidado, de autoria dos pesquisadores, em fase de validação e um questionário sociodemográfico e epidemiológico. Participaram deste estudo 40 idosos. **Resultados:** predominaram idosos do gênero feminino (77,5%), com idade entre 60 a 69 anos, vivendo em união civil estável, aposentados ou pensionistas com um salário-mínimo, com baixa escolaridade. À avaliação, 40,0% relataram um episódio de queda no último ano. Quanto à classificação da capacidade de autocuidado, 77,5 % foram classificados como independentes; 17,5 % com algum grau de dependência e 5,0 % como totalmente dependentes. **Conclusão:** os resultados apontaram que o idoso demonstra comportamento de busca de atendimentos na atenção secundária com a meta de aprender a desempenhar o autocuidado geral e terapêutico. O modo de intervenção da enfermagem utilizado neste nível de atenção, adotando o sistema de enfermagem proposto por Dorothea Orem, foi o de apoio-educação, sobressaindo-se as ações de orientação e ensino de autocuidado terapêutico.

**Descritores:** Saúde do idoso; Autocuidado; Educação em saúde.

#### ABSTRACT

**Objective:** to analyze the self-care capacity of elderly patients attended by nursing consultation in a multiprofessional ambulatory health care for the elderly people and raise the socio-demographic and epidemiological characteristics of this group. **Methods:** descriptive and exploratory study, applying a scale for the evaluation of self-care capacity, authored by researchers, currently undergoing validation and a socio-demographic and epidemiological questionnaire. The study included 40 elderly. **Results:** there was a predominance of female elderly (77.5%), aged 60-69 years, living in stable civil union, retirees or pensioners with a minimum wage, with low education. On the evaluation, 40.0% reported an episode of downfall in the last year. Regarding the classification of self-care capacity, 77.5% were classified as independent; 17.5% had some degree of dependence and 5.0% were totally dependent. **Conclusion:** the results indicate that the elderly shows seeking care behavior in secondary care with the goal of learning to develop the general and therapeutic self-care. The nursing intervention method used at this level of attention, adopting the nursing system proposed by Dorothea Orem, was the education-support, jutting out the actions of guidance and teaching of therapeutic self-care.

**Descriptors:** Health of the elderly; Self-care; Health education.

#### RESUMEN

**Objetivo:** analizar la capacidad de autocuidado de ancianos atendidos en la consulta de enfermería en un dispensario multiprofesional de atención a la salud del anciano y levantar las características sociodemográficas y epidemiológicas de este grupo poblacional. **Método:** estudio descriptivo y exploratorio con aplicación de una escala para la evaluación de la capacidad del autocuidado, de autoría de los investigadores, en fase de validación y un cuestionario sociodemográfico y epidemiológico. Participaron de este estudio 40 ancianos. **Resultados:** predominaron ancianos de género femenino (77.5%), con edades entre 60 y 69 años, viviendo en unión civil estable (concubinato), jubilados o pensionados con un salario mínimo, con baja escolaridad. A la evaluación, 40.0% relataron un episodio de caída en el último año. Encuanto a la clasificación de la capacidad de autocuidado, 77.5 % fueron clasificados como independientes; 17.5 % con algún grado de dependencia y 5.0 % como totalmente dependientes. **Conclusión:** los resultados señalaron que el anciano demuestra comportamiento de búsqueda de atendimientos en la atención secundaria con la meta de aprender a desempeñar el autocuidado general y terapéutico. El modo de intervención de la enfermería utilizado en este nivel de atención, adoptando el sistema de enfermería propuesto por Dorothea Orem, fue el de apoyo-educación, sobresaliéndose las acciones de orientación y enseñanza de autocuidado terapéutico.

**Descriptorios:** Salud del anciano; Autocuidado; Educación en salud.

<sup>1</sup>Graduada em Enfermagem, mestranda em enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora-UFJF. <sup>2</sup>Graduado em Enfermagem. Mestre em Enfermagem pela UFJF. <sup>3</sup>Graduada em Enfermagem. Doutora em Saúde Coletiva. Professora de Enfermagem da UFJF.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem sido considerado como um triunfo para a

humanidade. No Brasil, em 2012, a participação relativa dos idosos de 60 anos ou mais de idade foi de 12,6% da população total<sup>(1)</sup>. As pirâmides etárias do IBGE mostram que o número de pessoas idosas no Brasil

continuará aumentando nos próximos anos, sendo que a representação da população em 1990, em forma triangular com base alargada e pico estreito, passa a modificar-se em 2010 e continuará conforme projeções para 2030 e 2050 quando deixará de ter a forma de um triângulo<sup>(1)</sup>.

Entretanto, ao analisarmos esse fenômeno sob o ponto de vista da enfermagem, identificamos que o avanço na idade na expectativa de vida aliado ao crescimento dos fatores de risco relacionados às doenças crônicas não transmissíveis, aos acidentes domiciliares e às dificuldades econômicas e ao estresse emocional representa um sinal de alerta, sinalizando para mudanças no cotidiano do cuidado em saúde. Essa parcela da população passa a necessitar de atenção especializada sob a égide de Políticas Públicas voltadas para a promoção, manutenção e ampliação da qualidade de vida e de saúde<sup>(2)</sup>.

As modificações no perfil de saúde de pessoas idosas afetam-lhes as ações de autocuidado, que se reestabelecem quando associadas à melhoria das condições de vida, ao suporte por redes de apoio, ao acompanhamento próximo por equipe multiprofissional, aos tratamentos médicos propostos e à assistência espiritual<sup>(3)</sup>. Neste estudo, adotou-se os pressupostos teóricos de Dorothea Orem, que concebe o autocuidado como “a prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar”<sup>(4:84)</sup>.

Na atenção à saúde do idoso, deve-se ter em vista a identificação dos riscos e a recuperação precoce para minimizar o impacto das condições crônicas na funcionalidade e no contexto global da vida. No interior do Sistema de Saúde, a identificação do risco e as práticas de cuidados que se ancoram na integralidade, nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), são o cerne desta lógica<sup>(5)</sup>. No Brasil, o

Sistema Único de Saúde (SUS) investe na ampliação dos pontos de atenção e linhas de cuidados específicas e direcionadas à população idosa<sup>(6-7)</sup>.

Entretanto, observa-se, no bojo da implantação e implementação da oferta dos serviços, que ainda é baixa ou inexistente a interlocução entre os aparatos e equipamentos existentes na RAS, como as Equipes de Saúde da Família, ambulatórios especializados em geriatria/gerontologia, hospital e as instituições de longa permanência. Ao buscarem por atendimentos no SUS, os idosos iniciam diretamente pelos serviços de urgência/emergência ou pelo hospital, que passa a ser-lhe a principal porta de entrada. Chegam, por vezes, em estágio avançado de adoecimento, com elevadas demandas ao Sistema, que se intensificam mediante a condição de desarticulação da rede e fragmentação da prática do cuidado<sup>(5)</sup>.

No que se refere à prática da Enfermagem, as intervenções na atenção secundária têm como ponto de partida a consulta de enfermagem ambulatorial pautada pelo acolhimento e vínculo. Por meio desta, contribui-se para que o idoso desenvolva e mantenha a autonomia e inclua novas práticas no seu processo cotidiano de cuidado, de modo que o grau de dependência, quando presente, possa ser reduzido. Busca-se, portanto, avaliar, preservar e ampliar a capacidade de autocuidado<sup>(8)</sup>.

Com essa abordagem, no âmbito da atenção secundária, mantém-se a ênfase para promoção da saúde, prevenção de agravos e acrescenta-se a educação terapêutica, conforme demandas específicas de autocuidado terapêutico. O enfermeiro se insere no processo de autocuidado do idoso quando este evidencia alguma dificuldade ou deficiência, harmonizando-se com as atividades propostas para a efetivação da promoção da saúde em termos de desenvolvimento de atitudes pessoais e da aquisição de habilidades e conhecimentos que

permitam adotar condutas favoráveis à saúde<sup>(4)</sup>. Os argumentos teóricos reforçam a importância de que o indivíduo mantenha-se ativo, sujeito no processo de decisão, tanto na identificação das necessidades como na natureza das ações a serem desenvolvidas no cuidado à saúde<sup>(9)</sup>.

Mediante critérios prévios de avaliação, o enfermeiro pode diagnosticar um déficit devido à diminuição nas habilidades de autocuidado ou ao aumento quantitativo ou qualitativo da demanda de cuidados ou a ambos<sup>(8)</sup>. Adotando como referência para a avaliação o diagnóstico da capacidade de autocuidado, o constructo teórico obtém-se das estratégias de cuidado na velhice, segundo um sistema de enfermagem compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio e educação<sup>(4,10)</sup>.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Dorothea Orem está baseada nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do indivíduo em desempenhá-las, sendo classificada em três tipos de sistemas: 1) sistema totalmente compensatório, quando o indivíduo é incapaz de desenvolver ações de autocuidado, necessitando totalmente da enfermagem; 2) sistema parcialmente compensatório, no qual tanto o indivíduo quanto a enfermagem desenvolvem ações de autocuidado; e 3) sistema de apoio-educação, em que a pessoa é capaz de desenvolver o autocuidado, necessitando de ações de orientação do enfermeiro para que possa aprender a desempenhá-lo<sup>(4)</sup>. A assistência planejada de enfermagem, embasada pelo sistema apoio-educação, orienta o enfermeiro na prestação do cuidado de enfermagem objetivando melhoria na qualidade do atendimento<sup>(4)</sup>.

Ao enfermeiro, dentre outras ações de cuidado, cabe orientar, incentivar, auxiliar e buscar alternativas que promovam a saúde e o bem-estar do idoso juntamente com sua família, de modo que esta também contribua para o estabelecimento de ações que denotem

o autocuidado. Reforça-se que manter a capacidade funcional, preservando a autonomia e independência durante o processo de envelhecimento, é uma meta fundamental para indivíduos e governantes, na medida em que há perspectivas crescentes de as pessoas viverem mais, também é real o risco de ficarem mais frágeis<sup>(11)</sup>.

A presente pesquisa teve como ponto de partida o atendimento aos idosos em um ambulatório multiprofissional. No decorrer da realização das consultas de enfermagem, que tem por base a orientação teórica do autocuidado de Dorothea Orem<sup>(4)</sup>, evidenciou-se a questão norteadora: Qual o perfil sociodemográfico, epidemiológico e a capacidade de autocuidado dos idosos que frequentam a consulta de enfermagem?

Assim, este estudo teve por objetivo analisar a capacidade de autocuidado de idosos e levantar as características sociodemográficas e epidemiológicas do grupo populacional atendido pela consulta de enfermagem no ambulatório de Geriatria/Gerontologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora HU/UFJF.

## MÉTODOS

Realizou-se um estudo quantitativo de natureza descritiva e exploratória por ser o que permite a compreensão das questões e alcance dos objetivos propostos. Tomou-se como referência o entendimento de que as pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência. As pesquisas exploratórias têm por objetivo explicar e proporcionar maior entendimento de um determinado problema<sup>(12)</sup>.

O cenário da pesquisa foi o Ambulatório de Geriatria/Gerontologia de um hospital de ensino do interior da Zona da Mata Mineira. O Ambulatório de Geriatria/Gerontologia iniciou suas atividades no hospital de ensino no ano de 2007. A enfermagem integrou-se a este em

março do ano de 2012, por meio do Projeto de Extensão “Consulta de Enfermagem Para o Autocuidado Após a Alta Hospitalar”, em parceria com a Pós-Graduação Lato Sensu, na modalidade Residência em Enfermagem Saúde do Adulto, e com a Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Acadêmico em Enfermagem. Com o avanço das atividades, em 2015, o projeto tornou-se específico, intitulado-se “Educação e Promoção do Autocuidado de Idosos: abordagem interprofissional”. A equipe é composta por profissionais da área de Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. Além das consultas individuais, interprofissionais, são realizados grupos de educação em saúde pela Equipe, sendo: oficina de memória, grupo de convivência de idosos e grupo de cuidadores familiares.

A coleta de dados foi realizada com 40 idosos residentes no município sede da pesquisa, no período de setembro a dezembro de 2012, de um total de 82 usuários cadastrados no atendimento do ambulatório. Os critérios de inclusão foram pessoas com 60 anos ou mais, cadastradas no ambulatório, lúcidas e orientadas, independente de gênero, etnia, religião e posição política, e que demonstraram sua aquiescência através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Quando o idoso não era capaz de responder às questões da pesquisa, o acompanhante/cuidador foi convidado a participar de forma livre e espontânea, assinando o TCLE e tornando-se o responsável pelas respostas.

Utilizou-se, inicialmente, um roteiro estruturado para identificar o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos idosos e, a seguir, aplicou-se, durante os atendimentos, uma escala para a avaliação da capacidade do autocuidado, de autoria dos pesquisadores, em fase de validação, que definiu o grau de dependência. Contemplando os preceitos teóricos de Dorothea Orem, a

escala visa avaliar os requisitos para o autocuidado universal (alimentação, higiene pessoal, capacidade de vestir-se, eliminações e sono), de desvio de saúde (respiração, mobilidade, transferência e administração de medicamentos) e de desenvolvimento (cognição, comunicação, busca do bem-estar humano e social, manutenção do lar e da saúde, capacidade de lidar com riscos físicos e biológicos). Para cada item investigado, a pontuação obtida varia de 0 a 4, em que com pontuação 0 o indivíduo é considerado independente, 1 necessita de auxílio de equipamentos, 2 necessita do auxílio de pessoas, 3 necessita do auxílio de pessoas e equipamentos e a pontuação igual a 4 identifica a incapacidade para o autocuidado, tornando o indivíduo dependente para determinada ação<sup>(10,13-14)</sup>.

O tratamento e consolidação dos dados pautaram-se em medidas estatísticas descritivas e univariadas. Para a análise, utilizou-se o aplicativo Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 19.0.

O estudo seguiu as normas de Pesquisa com Seres Humanos, Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, iniciando-se após a obtenção do parecer favorável de Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, vinculado à Plataforma Brasil sob o Protocolo n. 06841812.0.0000.5133.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicia-se a descrição sociodemográfica pelo gênero dos idosos, tendo a predominância do gênero feminino (77,5 %), em relação ao gênero masculino (22,5%). O maior número de idosos do gênero feminino pode estar associado ao fato de as mulheres viverem, em média, mais do que os homens, sendo que no Brasil esta diferença corresponde a mais de sete anos<sup>(1)</sup>.

A “feminização da velhice” pode ser atribuída à menor exposição da mulher a certos fatores de risco, tais como violência,

tabagismo, álcool e diferenças quanto à atitude em relação ao seu autocuidado e uma busca maior pelos serviços de saúde<sup>(1,15)</sup>. Gera-se, a partir desse dado, a hipótese de que as mulheres se preocupam mais com sua saúde do que os homens, o que justifica a maior procura pelos serviços de saúde. Levando esse aspecto em consideração, a efetivação da Política Nacional de Saúde do Homem poderá contribuir, em longo prazo, para a reversão desta discrepância histórica entre gêneros<sup>(16)</sup>.

A faixa etária predominante no estudo foi a de 60-69 anos, evidenciando que os idosos encaminhados ao atendimento secundário são em sua maioria jovens. Analisa-se, portanto, que os idosos jovens se preocupam em buscar cuidados, o que pode ser uma forma de melhorar a qualidade e a expectativa de vida. Por outro lado, um estudo realizado pela Universidade do Estado de Santa Catarina apontou que os idosos mais jovens, de ambos os sexos, apresentaram maior prevalência de classificação negativa da percepção do estado de saúde<sup>(17)</sup>, podendo provocar maior busca por cuidados.

Os resultados apontaram, quanto ao estado civil, um predomínio de união estável (42,5%), seguida de viuvez (40,0%). O índice de viuvez é maior no sexo feminino, uma vez que os homens quando se tornam viúvos, tendem a se casar novamente, enquanto as mulheres viúvas, em geral, tendem a permanecer nesse estado civil, sem companheiro, por toda a vida, com dedicação aos filhos e/ou netos<sup>(18)</sup>.

Quanto à fonte de renda, observou-se que, predominantemente, são aposentados ou pensionistas (85,0%), o que reflete a importância de revisão no contexto das políticas públicas brasileiras. Segundo a Previdência Social, a renda transferida por esta é utilizada para substituir a renda do trabalhador contribuinte quando ele perde a capacidade para o trabalho, seja por doença, invalidez, idade avançada, morte ou desemprego involuntário, ou mesmo a

maternidade e a reclusão<sup>(18)</sup>.

Dos idosos investigados, 95,0% recebem, mensalmente, apenas um salário-mínimo. De acordo com o IBGE- PNAD<sup>(1)</sup>, há diferenciais na autopercepção da saúde dos idosos em relação ao rendimento médio mensal familiar per capita: os idosos mais pobres (até 1 salário-mínimo per capita) declararam saúde ruim/muito ruim em maior proporção do que os idosos dos estratos de rendimentos mais elevados, o que nos leva à hipótese de que quanto menor a renda, maior será a demanda pelos serviços públicos de saúde.

O Ensino Fundamental Incompleto prevaleceu em 75,0% dos entrevistados e este dado reflete a baixa escolaridade dos idosos. A baixa escolaridade pode estar associada ao fato de que os idosos nasceram em um período em que havia menor incentivo e oportunidade de frequentar estabelecimentos de ensino, o que pode ser relacionado a piores estilos de vida, menor acesso a informações e serviços de saúde de maneira precoce<sup>(19)</sup>, o grau de escolaridade mostra a relação com o processo saúde-doença nos idosos. Essa realidade nos preocupa, levando-nos a desenvolver pensamentos críticos acerca do baixo nível de escolaridade dos idosos e a adaptar medidas de orientação/educação para o autocuidado de acordo com o nível de entendimento dessa população.

Pode-se inferir que um maior nível de escolaridade pode atuar como um fator de proteção para o declínio cognitivo. O declínio cognitivo é caracterizado pela deterioração progressiva das habilidades intelectuais, por exemplo, a perda da capacidade de julgamento, da memória, do raciocínio abstrato e das habilidades visuoespaciais, que afetam a capacidade funcional do indivíduo no seu dia a dia, implicando em perda de independência e autonomia, a qual varia de acordo com o grau de gravidade, com consequente perda da qualidade de vida do idoso e ocasionando prejuízos na realização do autocuidado<sup>(20)</sup>. A prática religiosa mostrou-se

fortemente presente e a religião que prevaleceu foi o catolicismo. A religiosidade e espiritualidade são fatores importantes e vitais para muitas pessoas, principalmente para as pessoas idosas, tendo um efeito protetor para o bem-estar físico e emocional de indivíduos que estão enfrentando condições de crise<sup>(21)</sup>.

A maioria dos idosos (42,5%) reside com esposo(a), entretanto, ressalta-se o surgimento do percentual de 27,5% que residem sozinhos, despertando atenção. Esse achado pode conferir maior confiança aos profissionais da saúde em relação ao autocuidado e aos cuidados domiciliares demandados, já que ter um(a) companheiro(a) confere harmonia e auxílio no processo de cuidar. Todavia, é preocupante a tendência de residirem sozinhos, seja pela redução do número de filhos, alterações no perfil de conformação das famílias, instigando os profissionais a investirem em pesquisas e orientações específicas. De acordo com o IBGE, o número de idosos que moram sozinhos no Brasil vem crescendo sistematicamente<sup>(1)</sup>.

Outro achado foi de que 10,0% dos idosos não convivem com nenhuma doença, mas a maioria atendida no ambulatório (90,0%) tem uma ou mais patologias, principalmente doenças crônico-degenerativas, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus as mais prevalentes, o que reflete diretamente na mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, frequentemente, estão associadas (comorbidades)<sup>(22)</sup>.

Na Linha Guia de Atenção a Saúde do Idoso<sup>(23)</sup> que identifica o risco na população idosa através da avaliação da presença do perfil de fragilização, os idosos que são classificados com polipatologias, ou seja, com cinco ou mais diagnósticos de doenças, são considerados idosos em situação de risco, levando à maior demanda por serviços de

saúde, em todos os níveis. Mas, a partir da análise do resultado da pesquisa, apenas 10,0% são classificados com polipatologias. No entanto, apenas uma patologia nessa faixa etária já é considerada um fator preocupante, visto que o estado fisiológico vem alterando gradualmente com a idade e, cada vez mais, esse idoso torna-se debilitado para a realização do autocuidado.

Em consequência do aumento do número de patologias, os resultados encontrados quanto ao uso de medicação apontaram percentuais significativos. A polifarmácia é definida como o uso de cinco ou mais medicamentos por dia<sup>(23)</sup>. Adotando esse critério, verificou-se que 50,0% dos idosos da pesquisa encontram-se nessa situação, exigindo maior atenção dos profissionais da saúde, já que são classificados como idosos frágeis. Torna-se de grande relevância a avaliação da complexidade do regime terapêutico pela enfermagem nas prescrições destinadas a idosos, uma vez que a enfermagem orienta/educa, de modo a colaborar para a realização da terapêutica correta.

A pesquisa teve como objetivo central relacionar os dados obtidos na análise do perfil sociodemográfico e epidemiológico com os resultados obtidos com a aplicação da escala de "Avaliação da Capacidade de Autocuidado", mediante a hipótese que a capacidade de realizar o autocuidado está sujeita a alguns fatores, como idade, gênero, experiências de vida, nível educacional, valores, crenças, aspectos culturais em que o sujeito está inserido e recursos disponíveis.

Tabela 1 - Capacidade de Autocuidado por atividade avaliada em idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria e Gerontologia do HU/CAS - Juiz de Fora, Minas Gerais, 2013.

Capacidade de autocuidado	Independente	%	Dependente/Incapaz para o autocuidado	%
Alimentar-se	38	95,0%	02	5,0%
Realizar Higiene	37	92,5%	03	7,5%
Vestir-se/Arrumar-se	37	92,5%	03	7,5%
Deambular	35	87,5%	05	12,5%
Eliminação Urinária	38	95,0%	02	5,0%
Eliminação Intestinal	37	92,5%	03	7,5%
Administrar Medicações	34	85,0%	06	15,0%
Cognição/Atenção/Interação	35	87,5%	05	12,5%
Manutenção do Lar	36	90,0%	04	10,0%
Manutenção da Saúde	32	80,0%	08	20,0%

Fonte: Os autores

A escala de “Avaliação da Capacidade de Autocuidado” permitiu classificar que os idosos que frequentam a consulta de enfermagem a nível ambulatorial de saúde são em sua maioria independentes, ou seja, são capazes de realizar o autocuidado. A capacidade de autocuidado ocorre quando o indivíduo consegue executar ou pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico, e o enfermeiro vai promover esse indivíduo a ser um agente capaz de autocuidar-se<sup>(4)</sup>.

Dos idosos avaliados, 95,0% realizam a atividade de alimentar-se de forma independente, ou seja, têm a capacidade de satisfazer suas necessidades alimentares sem a necessidade de um cuidador/familiar. O fato de alimentar-se sozinho facilita o consumo de alimentos, já a falta de autonomia funcional para preparar e comer alimentos é um fator que pode resultar em desnutrição e merece atenção por parte dos profissionais de saúde e familiares<sup>(24)</sup>.

Quanto à realização da higiene corporal, o maior percentual (92,5%) mostrou-se capaz de realizá-la. A capacidade de autocuidado com o corpo permite que o idoso tenha um sentimento de independência e satisfação por poder cuidar-se. A independência na satisfação da necessidade de estar limpo, cuidado e proteger os tegumentos permite ao ser humano manter a saúde física e

emocional<sup>(25)</sup>. Cabe ao enfermeiro realizar educação em saúde visando capacitar esses idosos a cuidar-se cada dia melhor, já que durante a realização da pesquisa, os relatos foram de falta de estímulo e ânimo para realizar os cuidados corporais diários.

Dos idosos avaliados, a maioria (92,5%) é independente para vestir-se/arrumar-se. Diante das várias alterações fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento e principalmente patológicas, os idosos podem perder a autonomia e independência para realizar seus cuidados diários. Contudo, verificou-se que apenas 7,5% dos idosos atendidos pela consulta de enfermagem são dependentes para vestir-se, sendo necessário nesses casos capacitar familiares/cuidadores na prática de exercê-lo.

Quanto à deambulação, 87,5% dos idosos da pesquisa deambulam sem o auxílio de pessoas e/ou equipamentos. Com as alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento, esses sistemas vão se tornando debilitados, tornando-se importante fator de risco para quedas. Neste sentido, a enfermagem deve estar apta a identificar as dificuldades e alterações do sistema funcional e locomotor do idoso para orientar os idosos e seus cuidadores a buscarem uma melhor qualidade de vida. Desta forma, a atuação dos profissionais de saúde para a prevenção de quedas contribui para garantir maior

autonomia e independência aos idosos<sup>(26)</sup>.

Com a pesquisa também foi possível avaliar a situação dos idosos quanto a quedas no último ano. Constatou-se que 40,0% sofreram algum tipo de queda no último ano, sendo as causas multivariadas, como desequilíbrio, tonteira, alcoolismo, entre outras. Identificar as variáveis relacionadas ao evento queda é um fator relevante, pois sua identificação pode ser o primeiro passo promissor no desenvolvimento de programas de prevenção de quedas direcionados aos idosos<sup>(26)</sup>.

Através da realização do estudo, buscou-se avaliar a presença de incontinência urinária e alterações na função intestinal dos idosos, e o percentual de idosos com problemas urinários (5,0%) e intestinais (7,5%) também apresenta um baixo índice. A eliminação urinária prejudicada, relacionada à incontinência, corresponde a um problema importante entre os idosos, que pode estar associado às mudanças advindas do envelhecimento no que tange aos aspectos anatômicos e funcionais da bexiga, bem como do sistema nervoso central<sup>(27)</sup>. A constipação intestinal, manifestação que pode ocorrer em decorrência dos maus hábitos alimentares e da insuficiente ingestão de líquidos e frutas<sup>(28)</sup>. Cabe aos profissionais da saúde realizar uma abordagem a fim de que os idosos compreendam a importância de uma alimentação saudável, hidratação adequada e mudanças comportamentais para a melhoria desses problemas funcionais.

O estudo apontou que 85,0% dos idosos são independentes para realizar a administração de medicações. Como apresentado no resultado do perfil sociodemográfico e epidemiológico deste estudo, os idosos têm consumido um grande número de medicamentos e saber administrá-los corretamente está intimamente ligado à capacidade de realizar seu autocuidado. É imprescindível que o profissional de saúde tenha conhecimento de toda farmacoterapia a

qual o idoso está submetido para que possa ser oferecida a orientação correta a cada indivíduo<sup>(29)</sup>.

Pôde-se verificar que 47,5% dos idosos se queixam frequentemente de alteração da memória. A enfermagem precisa usar a criatividade para que esses idosos possam usufruir de estratégias que lembrem, dentre outras atividades, a do uso de medicamentos. A perda de memória influencia consideravelmente no uso dos medicamentos em virtude do esquecimento do horário e do medicamento correto, influenciando na terapêutica medicamentosa. A enfermagem deve atentar pelo fato de que os prejuízos de memória não detenham a manutenção da capacidade funcional<sup>(30)</sup>.

Quanto à cognição/atenção/interação, 87,5% dos idosos possuem estas capacidades preservadas, podendo-se concluir que esse foi o percentual que conseguiu participar da pesquisa respondendo aos questionários, sem auxílio de cuidadores/familiares, de maneira a atender os objetivos da pesquisa. A participação em atividades sociais realizadas na própria comunidade, como coral, celebração religiosa e festas comemorativas, são atividades importantes neste contexto<sup>(28)</sup>.

Em relação à manutenção do lar, ou seja, capacidade de realizar as atividades domésticas, a maioria dos idosos da pesquisa (90%) é capaz de realizá-las. O cuidado com o lar é uma estratégia de manter os idosos ativos<sup>(28)</sup>. O fato de o idoso sentir-se útil realizando as atividades domésticas contribui para uma velhice mais ativa e saudável.

No que diz respeito à manutenção da saúde, 80,0% dos entrevistados relataram saber dos cuidados preventivos (vacinação e exames preventivos) e que as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) são as principais responsáveis por realizá-los. Assim sendo, a atenção básica por meio das UAPS passa a ter um papel fundamental na atenção à saúde da população idosa e no suporte aos cuidadores/familiares, visto que foi definida



como principal porta de entrada do sistema de saúde<sup>(22)</sup>. O desenvolvimento de atitudes e comportamentos preventivos, os quais incluem o autocuidado, a vacinação e os exames periódicos, é um exemplo de como esses fatores podem contribuir para o alcance de melhores níveis de saúde dessa população<sup>(28)</sup>.

Mediante a análise dos requisitos da escala de “Avaliação da Capacidade de Autocuidado”, foi possível classificar a realização do autocuidado dos idosos estudados de acordo com os sistemas de enfermagem propostos nesta escala, sendo em Independente/Apoio Educação, Parcialmente Compensatório e Totalmente Compensatório.

Tabela 2 - Classificação da Capacidade de Autocuidado dos idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria e Gerontologia do HU/CAS, Juiz de Fora, Minas Gerais, 2013.

Autocuidado	N	%
Independente/Apoio Educação	31	77,5%
Parcialmente Compensatório	07	17,5%
Totalmente Compensatório	02	5,0%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Os autores

A partir da análise dos dados, verificou-se que o principal modo de intervenção da enfermagem ambulatorial, ou seja, em nível secundário de atenção à saúde, é o sistema de enfermagem de apoio-educação, pois a maioria dos idosos (77,5%) é independente, capaz de realizar seu autocuidado. A modalidade de apoio-educação ocorre quando o indivíduo consegue executar ou pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico. Diante disso, o enfermeiro realizará ações de orientação para que o idoso possa aprender a desempenhar seu autocuidado. Dorothea Orem afirma que os indivíduos possuem potencial para aprendizagem e desenvolvimento, sendo que a maneira pela qual um indivíduo satisfaz suas necessidades de autocuidado não é instintiva, trata-se de um comportamento aprendido<sup>(4)</sup>.

O desenvolvimento das ações de autocuidado deve ser estimulado para que haja promoção da saúde e autoestima da pessoa idosa, corroborando com sua independência e autonomia, uma vez que o idoso deve ser coadjuvante no processo de promoção de sua saúde e bem-estar de sua vida<sup>(28)</sup>. A atenção à saúde do idoso, por meio desta modalidade, é uma oportunidade ampla para o ensino que não se limita aos

conhecimentos de saúde, mas se estende a todo um contexto de compreensão de vida<sup>(31)</sup>.

A responsabilidade pela promoção da saúde compartilha-se entre indivíduos, comunidade, grupos, instituições que prestam serviços de saúde, governos e por profissionais da saúde de todas as áreas, sendo crescente a participação dos enfermeiros nessas atividades<sup>(32)</sup>. A Enfermagem tem assumido em seu processo de cuidar práticas direcionadas para a promoção, manutenção e restauração da saúde; prevenção de doenças; e assistência às pessoas para lidar com os efeitos residuais das doenças. No contexto do desenvolvimento humano, uma das finalidades da enfermagem é a de ajudar as pessoas a aproveitarem ao máximo suas capacidades funcionais, seja qual for seu estado de saúde e a sua idade<sup>(33)</sup>.

Por outro lado, analisa-se que os cuidados poderiam ser realizados no âmbito das ações da atenção primária de saúde, não sendo necessária ser desenvolvida em nível secundário, refletindo que os serviços de saúde muitas vezes não se articulam, havendo uma sobrecarga dos níveis secundários e terciários pela fragilidade do cuidado nos níveis primários de atenção<sup>(5)</sup>. Os níveis de atenção à saúde deveriam se pautar na complexidade do cuidado ao idoso, de acordo

com a evolução da sua fragilidade, e estes níveis de atenção se comunicando para que haja um cuidado integral.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu analisar a capacidade de autocuidado e conhecer o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria/Gerontologia do HU/UFJF. Diante da transição demográfica e epidemiológica pela qual passa de forma acelerada o Brasil, a assistência de enfermagem de modo eficiente, eficaz e de qualidade aos idosos faz-se cada vez mais necessária.

Conclui-se que os idosos independentes são os que mais procuram o atendimento em nível ambulatorial, e nessas condições, adotando os pressupostos de Dorothea Orem, observa-se o predomínio do sistema de enfermagem apoio-educação para ensinar medidas de autocuidado terapêutico, prevalecendo à oferta de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com vistas a valorizar a independência, a autonomia e o autocuidado dos idosos.

O desenvolvimento da consulta de enfermagem objetiva alcançar metas específicas de diagnósticos de enfermagem a fim de orientar, apoiar e ampliar a capacidade do idoso à participação no autocuidado, diminuir impactos negativos de alterações do envelhecimento, desenvolver ações de promoção/prevenção no âmbito educativo, minimizar o sofrimento e a sobrecarga familiar no processo de cuidado. A ênfase das ações e intervenções prioritárias da enfermagem são as de educação em saúde e visam primeiramente à promoção da saúde buscando-se, em seguida, obter adesão para a prevenção de agravos secundários a patologias crônicas ou outros próprios do processo de envelhecimento.

O atendimento de enfermagem em nível secundário de atenção à saúde permite ao enfermeiro atuar de forma direta e

independente com o idoso e sua família, caracterizando, deste modo, sua autonomia profissional e resolutividade para as demandas de cuidados próprios da enfermagem, conferindo visibilidade à prática profissional. Além disso, possibilita conferir o cuidado de enfermagem ao idoso na atenção secundária em interface com a Rede de Atenção à Saúde do Idoso.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2013, Rio de Janeiro: IBGE; 2013. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>
- 2 - Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)
- 3 - Seredynskyj FL, Rodrigues RAP, Diniz MA, Fhon JRS. Percepção do autocuidado de idosos em tratamento paliativo. Rev. Eletr. Enf. 2014; 16(2):286-96. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v16/n2/pdf/v16n2a03.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n2/pdf/v16n2a03.pdf)
- 4 - Foster PC, Bennett AM. Dorothea E. Orem. In: George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000. p. 83-102.
- 5 - Veras RP, Caldas CP, Cordeiro HB, Motta LB, Lima KC. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2013; 16(2):385-392. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n2/18.pdf>

6 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União 19 out 2006. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)

7 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_cuidado\\_pessoa\\_idosa\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf)

8 - Silva MDSO. Educar para o autocuidado num serviço hospitalar. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar [dissertação]. Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto; 2007. Disponível em:

<http://repositorio.uma.pt/bitstream/10400.1/3/101/1/MestradoDulceOrnelas.pdf>

9 - Castro EAB, Andrade AM, Santos KB, Soares TC, Esterici LT. Autocuidado após o transplante de medula óssea autólogo no processo de cuidar pelo enfermeiro. Rev. RENE. 2012; 13(5):1152-62. Disponível em:

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/86>

10 - Carpenito-Moyet LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

11 - Moreira MD, Caldas CP. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2007; 11(3):520-25. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452007000300019&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452007000300019&script=sci_arttext)

12 - Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ª edição. São Paulo: Atlas; 2008.

13 - Lino VTS, Pereira SEM, Camacho LAB, Filho STR, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). Cad. Saúde Pública. 2008; 24(1):103-12. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/09.pdf>

14 - Santos RL, Virtuoso Junior JS. Confiabilidade da versão Brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. RBPS. Cad. Saúde Pública. 2008; 21(4):290-96. Disponível em:

<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/viewFile/575/2239>

15 - Reis LA, Mascarenhas CHM, Costa AN, Lessa RS. Estudo das condições de saúde de idosos em tratamento no setor de neurogeriatria da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Rev. baiana saúde pública. 2007; 31(2):324-32. Disponível em:

<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2007/v31n2/a324-332.pdf>

16 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Diário Oficial da União 28 ago 2009. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_saude\\_homem.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf)

17 - Virtuoso JF et al.. Perfil de morbidade referida e padrão de acesso a serviços de saúde por idosos praticantes de atividade física. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17(1):23-31. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a05v17n1>

18 - Clares JWB, Freitas MC, Almeida PC, Galiza FT, Queiroz TA. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. Rev. RENE. 2011;

12(4):988-94. Disponível em:  
[http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4\\_esp\\_pdf/a14v12esp\\_n4.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a14v12esp_n4.pdf)

19 - Del Duca GF, Silva SG, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. Rev. saúde pública. 2012; 46(1):147-53. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000100018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100018)

20 - Machado JC, Ribeiro RCL, Leal PFG, Cotta RMM. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. Rev. bras. epidemiol. [online]. 2007; 10(4):592-605. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2007000400017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2007000400017&script=sci_arttext)

21 - Duarte YAO, Lebrão ML, Tuono VL, Laurenti R. Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. Saúde Coletiva. 2008; 05(24):173-77. Disponível em:  
[http://www.fsp.usp.br/sabe/Artigos/2008\\_Ye\\_da\\_Religiosidade\\_SCol.pdf](http://www.fsp.usp.br/sabe/Artigos/2008_Ye_da_Religiosidade_SCol.pdf)

22 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em:  
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bcad19.pdf>

23 - Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à Saúde do Idoso. 1ª edição. Belo Horizonte: SAS/MG; 2006. Disponível em:  
<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>

24 - Sass A, Marcon SS. Dependência para alimentar-se e consumo alimentar em idosos hospitalizados. Rev. bras. enferm. 2012; 65(6):955-961. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000600011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000600011&script=sci_arttext)

25 - Araujo LAO, Bachion MM. Diagnósticos de Enfermagem do Padrão Mover em idosos de uma comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. Rev. Esc. Enferm. USP. 2005; 39(1):53-61. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342005000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000100007)

26 - Reis KMC, Jesus CAC. Coorte de idosos institucionalizados: fatores de risco para queda a partir do diagnóstico de enfermagem. Rev. latinoam. enferm. 2015; 23(5):1130-8. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt\\_0104-1169-rlae-23-06-01130.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01130.pdf)

27 - Oliveira RR, Ribeiro VS, Godoy GS, Cavalcante AMRZ, Stival MM, Lima LR. Diagnósticos de enfermagem de idosos cadastrados em estratégia de saúde da família em um município do interior de Goiás. Rev. enferm. Cent.-Oeste Min. 2011 abr/jun; 1(2):248-259 Disponível em:  
<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/85/156>

28 - Santos ZMSA, Martins JO, Frota NM, Caetano JÁ, Moreira RAN, Barros LM. Autocuidado universal praticado por idosos em uma instituição de longa permanência. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2012; 15(4):747-754. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000400013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000400013&script=sci_arttext)

29 - Acurcio FA, Silva AL, Ribeiro AQ, Rocha NP, Silveira MR, Klein CH, Rozenfeld S. Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. Rev. Assoc. Med. Bras. 2009; 55(4):468-74. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302009000400025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000400025)

30 - Souza PA, Santana RF. Diagnóstico de enfermagem memória prejudicada em idosos hospitalizados. Acta paul. enferm. 2011; 24(1):36-42. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002011000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000100005)

31 - Lindolpho MC, Sá SPC, Chrisóstimo M, Valente G, Robers LMV. A consulta de enfermagem ao idoso: uma contribuição para o ensino. UDESC em ação. 2008; 2(1):1-12. Disponível em: <http://www.revistas.udesc.br/index.php/udescemacao/article/view/1728>

32 - Silva ACS, Santos I. Promoção do autocuidado de idosos para envelhecer saudável: aplicação da Teoria de Nola Pender. Texto & contexto enferm. 2010; 19(4):745-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/18.pdf>

33 - Moniz JMN. Cuidar de pessoas idosas: as práticas de cuidados de enfermagem como experiências formadoras. Rev. Kairós. 2008;11(1):39-57. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2510/1595>

**Recebido em:** 25/04/2015

**Versão final reapresentada em:** 14/06/2016

**Aprovado em:** 17/06/2016

**Endereço de correspondência**

Alcimar Marcelo do Couto

Rua: Potumaio, n° 39, Ap 202, São Geraldo.

CEP 31050270 - Belo Horizonte/MG. Brasil.

E-mail: [alcimar.couto@bol.com.br](mailto:alcimar.couto@bol.com.br)