

ISSN: 2317-3092

Recebido em:
23/11/2021
Aprovado em:
24/04/2022

APLICAÇÃO DO MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER A IDOSAS COM OSTEOPOROSE

Application of nola pender's health promotion model to elderly women with osteoporosis

Como citar este artigo

Oliveira SG, Caldas CP. Aplicação do modelo de promoção da saúde de Nola Pender a idosas com osteoporose. Rev Norte Mineira de enferm. 2021; 10(2):89-101.



Autor correspondente

Samara Gonçalves de Oliveira
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Correio eletrônico: samarasog@gmail.com

Samara Gonçalves de Oliveira¹, Célia Pereira Caldas².

1 Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: samaraoliveira@id.uff.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4532-9489>

2 Enfermeira, Professora Titular, Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: celpcaldas@hotmail.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6903-1778>

DOI: <https://doi.org/10.46551/rnm23173092202100210>

Objetivo: analisar os comportamentos promotores de saúde adotados por idosas com osteoporose. **Método:** estudo qualitativo, realizado com 25 mulheres idosas em um ambulatório especializado em reumatologia. Os dados sociodemográficos e clínicos foram analisados por meio de estatística descritiva e as entrevistas através da análise de conteúdo com categorias preestabelecidas a partir do roteiro baseado no Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender. **Resultados:** a idade média das idosas foi de 74,04 anos, dentre as participantes 92% não consomem uma média de 1.200mg/dia de cálcio e 60% das idosas sofreram quedas nos últimos dois anos. Nas entrevistas, as idosas demonstraram não compreender a patologia e desconhecer os fatores que afetam a sua saúde, o que limita o acesso destas a recursos importantes para o autocuidado. **Considerações finais:** foi possível apreender os comportamentos, melhorar o conhecimento e contribuir para a promoção da saúde de mulheres idosas que vivem com osteoporose.

Descritores: Osteoporose; Pessoa idosa; Promoção da saúde; Teoria de Enfermagem; Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Objective: to analyze health-promoting behaviors adopted by elderly women with osteoporosis. **Method:** qualitative study, conducted with 25 elderly women in a rheumatology outpatient clinic. The sociodemographic and clinical data were analyzed using descriptive statistics and the interviews were analyzed through content analysis with pre-established categories from the script based on the Health Promotion Model (MPS) by Nola Pender. **Results:** the average age of participants was 74.04 years, 92% of them did not consume at least 1,200mg/day of calcium and 60% had at least one fall in the last two years. In the interviews, the elderly women demonstrated a lack of understanding of the pathology and ignorance of the factors that affect that affect their health which limits their access to important resources for self-care. **Final considerations:**

it was possible to apprehend behaviors, improve knowledge and contribute to the health promoting of older women living with osteoporosis.

Descriptors: Osteoporosis; Aged; Health promotion; Nursing theory; Health Promotion Model of Nola J. Pender.

INTRODUÇÃO

A feminização da velhice é reconhecida como um fenômeno característico do envelhecimento populacional, no entanto, as dificuldades associadas ao processo de envelhecimento de mulheres nem sempre são conhecidas, pois questões específicas do gênero têm sido ignoradas. Logo, mulheres idosas enfrentam uma discriminação dupla, tanto pelo gênero quanto pela idade no trabalho, no acesso à formação, na remuneração e na progressão na carreira profissional. Ademais, elas enfrentam desafios para lidar com a aparência, com as percepções sobre suas habilidades técnicas e comportamentais, além de sofrerem questionamentos sobre os seus conhecimentos e as suas experiências ⁽¹⁾.

Tais questões de gênero se sobrepõe aos desafios do cuidado à saúde, já que lida com as alterações fisiológicas e com as enfermidades crônicas na velhice, levando as idosas a encontrarem barreiras no acesso aos serviços de saúde. Algumas vezes, as barreiras estão nas estratégias de promoção da saúde das mulheres idosas a partir de uma compreensão do seu comportamento.

As doenças osteometabólicas, e mais precisamente a osteoporose, estão entre as doenças crônicas que afetam as mulheres idosas. A osteoporose está relacionada ao aumento da fragilidade óssea e, conseqüentemente, a um risco maior para fraturas, por se tratar de uma doença esquelética sistêmica que se caracteriza por uma baixa massa óssea e uma deterioração da microarquitetura do tecido ósseo que podem levar à limitação funcional, à perda da independência, à inatividade e a prejuízos no aspecto social, quando apresentam uma fratura. Verifica-se na literatura que a prevalência de osteoporose aumenta com o avançar da idade e que as mulheres são mais suscetíveis à osteoporose, assim como ao risco para fratura óssea ⁽²⁾.

Perante esta problemática, observa-se que o papel do enfermeiro é apoiar e auxiliar as mulheres idosas com osteoporose na promoção de sua própria saúde, por isso o Modelo Teórico de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender é importante na análise dos comportamentos promotores de saúde adotados por idosas com osteoporose, porque, dentre os modelos e teorias de Enfermagem, este considera a pessoa como protagonista na gestão de seus cuidados em saúde e de suas decisões sobre seu próprio estilo de vida, e não o profissional da saúde.

Portanto, neste estudo o conceito de promoção da saúde utilizado é o do MPS de Nola Pender, no qual a promoção da saúde é entendida como um comportamento motivado pelo desejo de melhorar o bem-estar e valorizar o potencial para o estado de ótima saúde ⁽³⁾.

O MPS de Nola Pender surge como uma proposta para a integração entre a Enfermagem e a ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam ações de promoção da saúde, além de funcionar como um instrumento para explorar as motivações e as desmotivações dos indivíduos no seu engajamento em hábitos saudáveis ⁽⁴⁾.

De acordo com o MPS de Nola Pender, o comportamento de promoção da saúde é o ponto final, ou o resultado da ação, direcionado para a obtenção de desfechos positivos para a saúde. Atitudes promotoras de saúde, particularmente quando integradas a um estilo de vida saudável, resultam na melhoria da saúde, na melhoria da capacidade funcional e na melhoria qualidade de vida (QV) em todos os estágios de desenvolvimento ⁽³⁾.

Assim, esse estudo foi norteado pelas seguintes questões: quais são os comportamentos que mulheres idosas que vivem com osteoporose em tratamento ambulatorial estão adotando para se cuidarem e quais fatores influenciam os seus cuidados?

Para responder a estas questões foi estabelecido como objetivo: descrever os comportamentos promotores de saúde adotados por mulheres idosas com osteoporose, conforme o MPS, e ações voltadas para a melhoria dos seus comportamentos em saúde.

Este estudo tem como propósito contribuir para o conhecimento de Enfermagem na perspectiva da promoção da saúde na velhice, através de uma abordagem qualitativa. Destarte, O MPS de Nola Pender foi utilizado como um roteiro para a coleta de dados e, posteriormente, os resultados discutidos à luz deste referencial teórico.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório que busca oferecer uma visão aproximativa dos comportamentos e das ações relacionadas à saúde e que são adotados por idosas com osteoporose, contudo, este estudo é, também, descritivo, pois ele visa detalhar as características desses comportamentos. Ademais, este trabalho apresenta uma abordagem qualitativa realizada por meio da aplicação do MPS de Nola Pender, a partir da qual se almejou examinar minuciosamente os comportamentos promotores de saúde adotados por essas idosas⁽⁵⁾.

Diante do objetivo do estudo, optou-se pela técnica não probabilística de amostragem intencional, uma vez que foram consideradas para a pesquisa apenas mulheres com idade igual ou maior a 60 anos, com diagnóstico de osteoporose baseado no critério clínico ou densitométrico da Organização Mundial da Saúde. Todavia, foram excluídas idosas com diagnóstico de outras patologias que causassem dor incapacitante ou qualquer comprometimento para a expressão verbal do pensamento, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão do estudo respectivamente.⁽⁵⁻⁶⁾

Este estudo seguiu a orientação do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Coreq)* para conferir uma maior transparência, qualidade e confiabilidade ao estudo⁽⁷⁾. A pesquisa foi realizada em um ambulatório de uma universidade pública especializado em reumatologia e os dados colhidos entre dezembro de 2019 e fevereiro de 2020, quando foi observada a saturação dos resultados.

Participaram do estudo 25 mulheres recrutadas através de visitas ao ambulatório de reumatologia nos dias em que ocorriam as consultas para acompanhamento da osteoporose. Uma das pesquisadoras abordou as participantes do estudo antes ou após as consultas médicas, convidando-as a participar da pesquisa. As idosas que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme determinação da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

Para coleta dos dados sociodemográficos e clínicos aplicou-se um formulário previamente elaborado, voltado para caracterização das participantes. Para tal, também foi acessado o prontuário eletrônico para obtenção dos dados relacionados ao histórico de fraturas por fragilidade óssea após o diagnóstico de osteoporose e da densidade mineral óssea (DMO) do colo do fêmur, enquanto os dados antropométricos foram colhidos no dia da consulta.

Para o levantamento do comportamento de promoção da saúde, a pesquisadora usou um roteiro de entrevista baseado no MPS de Nola Pender. As entrevistas duraram em média cinquenta minutos, sendo audiogravadas e transcritas na íntegra. Ao final de cada entrevista, a pesquisadora desenvolveu um plano de ação com cada participante, considerando os dados colhidos e tendo em vista comportamentos de promoção à saúde.

As variáveis sociodemográficas estudadas incluíram: faixa etária, região habitacional, situação conjugal, número de filhos, escolaridade, arranjo domiciliar, ocupação e renda familiar. As variáveis clínicas incluíram: tempo de descoberta da doença, por

fratura ou por exame de densitometria; história familiar de pais com fratura de quadril; tratamento medicamentoso para osteoporose; DMO do colo do fêmur; presença de outras doenças crônicas; medicações de uso contínuo para tais doenças; idade; idade na menopausa; ocorrência de quedas nos últimos dois anos ou de fraturas por fragilidade óssea após o diagnóstico de osteoporose; relatos sobre medo de cair; índice de massa corporal (IMC); prática de atividade física; consumo de alimentos ricos em cálcio; ingestão de bebidas alcóolicas, uso de tabaco; consumo de bebidas ricas em cafeína regularmente; exposição solar. No que diz respeito ao fator da menopausa, considerou-se esse processo como precoce se ele ocorreu antes dos 40 anos e tardio se ocorreu após os 50 anos⁽⁸⁾.

Examinaram-se os dados sociodemográficos e clínicos por meio de estatística descritiva (percentagens e tendência central), enquanto a análise das entrevistas foi conduzida através da construção de um diagrama do MPS de Nola Pender para cada participante e, posteriormente, desenvolveu-se um diagrama geral representativo para idosas com osteoporose. As categorias de análise foram preestabelecidas e compuseram, cada uma, um elemento do diagrama do MPS de Nola Pender cujo modelo sustentou a interpretação e a discussão dos resultados.

Codificaram-se as entrevistas com a letra “E”, seguidas de sequência numérica crescente de “E01” a “E25”. A pesquisa obteve a aprovação do Comitê de ética em Pesquisa da UERJ (COEP), com o protocolo CAAE 18921219.4.0000.5282 e com parecer substanciado nº 3.825.061.

RESULTADOS

Após a análise dos depoimentos das participantes e dos diagramas individuais, construiu-se um diagrama geral representativo do Modelo de Promoção da Saúde para mulheres idosas com osteoporose, de acordo com o MPS de Nola J. Pender (figura 1, próxima página).

Características e experiências individuais

Frente as características e as experiências individuais, observou-se que a idade média das idosas era de 74,04 anos; e que 40% delas estavam viúvas; 28% possuíam o 1º grau completo; 60% apresentavam de 1 a 2 salários mínimos; 72% estavam aposentadas, 56% possuíam de 1-2 filhos; o tempo médio de conhecimento do diagnóstico de osteoporose foi de 17 anos; 64% demonstraram medo de cair após o diagnóstico de osteoporose; 60% sofreram ao menos uma queda nos últimos 2 anos; 68% referiram uso de medicamentos com grau de risco II para quedas; 60% relataram suplementação de cálcio e 52% de vitamina D; 72% referiram cerca de 3 morbidades ou mais; 40% encontravam-se em sobrepeso.

Em relação ao histórico de quedas e de fraturas por fragilidade óssea, identificou-se que 60% das idosas sofreram quedas nos últimos dois anos (24% ao menos uma queda, 24% 2 quedas e 12% 3 ou mais quedas), sobretudo as idosas com idade 75 anos ou mais (36%). Acerca do histórico de fraturas por fragilidade, 40% apresentaram histórico de fratura por fragilidade óssea, principalmente na extremidade distal do rádio (16%), seguido de vértebra torácica (12%), locais de maior frequência nas lesões relatadas.

Os dados relacionados à ocorrência de quedas incluíram: o avanço da idade (52% de idosas com 75 anos ou mais), o uso de medicamentos que diminuem a massa óssea (12%), o uso de medicamentos com grau de risco II para quedas (68%) e o déficit visual (100%).

A minoria das idosas (32%) referiu usar lentes corretivas de forma adequada, 36% não as utilizavam por não se adaptarem ao uso dos óculos bifocais e 32% as usavam erroneamente (usavam óculos bifocais apenas para leitura ou com o grau desajustado).

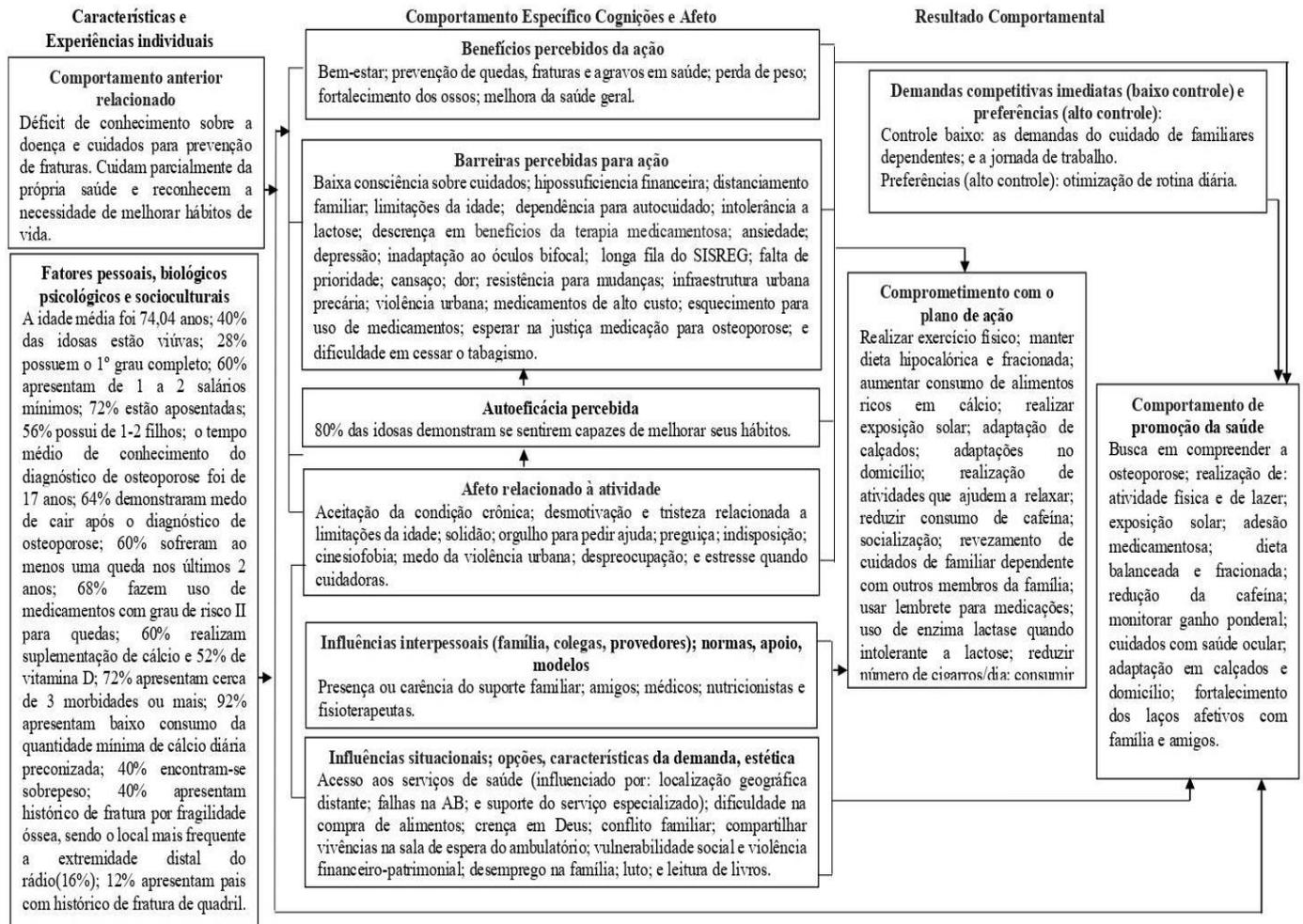


Figura 1 - Diagrama geral representativo de idosas com osteoporose.

Outra questão que merece destaque foi o baixo consumo diário de alimentos ricos em cálcio e quando perguntadas se consumiam alimentos ricos em cálcio, 88% das idosas disseram que sim. No entanto, no momento em que foi avaliado a quantidade em mg de cálcio diária, uma minoria (8%) apresentou uma ingestão em torno de 1.200 mg/dia. A maioria (92%) não fazia ingestão de ao menos 1.200 mg/dia, destas, 72% consumiam menos de 50% do recomendado e 20% consumiam de 50 a 99%. Portanto, a média de consumo de cálcio diário era de 456. 7 mg e também foi encontrado um percentual de 36% entre as participantes, as quais evitavam o consumo de leite e derivados.

Características e experiências individuais

Frente as características e as experiências individuais, observou-se que a idade média das idosas era de 74,04 anos; e que 40% delas estavam viúvas; 28% possuíam o 1º grau completo; 60% apresentavam de 1 a 2 salários mínimos; 72% estavam aposentadas, 56% possuíam de 1-2 filhos; o tempo médio de conhecimento do diagnóstico de osteoporose foi de 17 anos; 64% demonstraram medo de cair após o diagnóstico de osteoporose; 60% sofreram ao menos uma queda nos últimos 2 anos; 68% referiram uso de medicamentos com grau de risco II para quedas; 60% relataram suplementação de cálcio e 52% de vitamina D; 72% referiram cerca de 3 morbidades ou mais; 40% encontravam-se em sobrepeso.

Em relação ao histórico de quedas e de fraturas por fragilidade óssea, identificou-se que 60% das idosas sofreram quedas nos últimos dois anos (24% ao menos uma queda, 24% 2 quedas e 12% 3 ou mais quedas), sobretudo as idosas com idade 75 anos ou mais (36%). Acerca do histórico de fraturas por fragilidade, 40% apresentaram histórico de fratura por fragilidade óssea, principalmente na extremidade distal do rádio (16%), seguido de vértebra torácica (12%), locais de maior frequência nas lesões relatadas.

Os dados relacionados à ocorrência de quedas incluíram: o avanço da idade (52% de idosas com 75 anos ou mais), o uso de medicamentos que diminuem a massa óssea (12%), o uso de medicamentos com grau de risco II para quedas (68%) e o déficit visual (100%).

A minoria das idosas (32%) referiu usar lentes corretivas de forma adequada, 36% não as utilizavam por não se adaptarem ao uso dos óculos bifocais e 32% as usavam erroneamente (usavam óculos bifocais apenas para leitura ou com o grau desajustado).

Outra questão que merece destaque foi o baixo consumo diário de alimentos ricos em cálcio e quando perguntadas se consumiam alimentos ricos em cálcio, 88% das idosas disseram que sim. No entanto, no momento em que foi avaliado a quantidade em mg de cálcio diária, uma minoria (8%) apresentou uma ingestão em torno de 1.200 mg/dia. A maioria (92%) não fazia ingestão de ao menos 1.200 mg/dia, destas, 72% consumiam menos de 50% do recomendado e 20% consumiam de 50 a 99%. Portanto, a média de consumo de cálcio diário era de 456,7 mg e também foi encontrado um percentual de 36% entre as participantes, as quais evitavam o consumo de leite e derivados.

Comportamento específico, cognições e afeto

No que diz respeito ao conhecimento e ao comportamento prévio das participantes, observou-se um déficit de conhecimento sobre a doença e os cuidados para a manutenção da saúde óssea. Notou-se que as idosas cuidam parcialmente da própria saúde e que reconhecem a necessidade de melhorar hábitos de vida, como visto nos depoimentos a seguir:

“A osteoporose pode causar cansaço, fadiga, falta de sono, acho que é isso, não sei muito bem não, ninguém me explica direito o que que é, tem gente que diz que dá muita dor, que pode dá câncer também né, câncer nos ossos, não sei se mais” (E06).

“Dá muito desânimo de faze caminhada tendeu?! me dá muito desânimo em mim de faze. Eu sei que é o iniciar entende?! Mas cê vê quantos anos que me cobram isso (risos) aí eu não consigo entende?! fazer, aí eu não faço mas sei que é necessário” (E17).

Quanto ao afeto relacionado à atividade, ou seja, os sentimentos que influenciavam os comportamentos em saúde, observou-se: aceitação da condição crônica; desmotivação e tristeza relacionada a limitações da idade; solidão; orgulho para pedir ajuda; preguiça; indisposição; cinesiofobia; medo da violência urbana; despreocupação; e estresse quando cuidadoras. A cinesiofobia se destacou como fator capaz de interferir nas ações associadas ao autocuidado, como observado na fala seguinte:

“Eu mesma em minha auto recreação eu sentia que eu num podia fazer(atividade física) porque eu num tava com condições do que eu estava sentindo pra mim fazer uma academia[...]eu sabia que ia acaba de estourar os meus ossinhos, se eu fizer isso os ossos num vai aguentar porque eu mermo fazendo em casa do meu jeito alguma coisa eu sinto que não dá, retrai entendeu?! Num dá[...]então eu não tô fazendo atividade física” (E14.)

Com relação à autoeficácia, a maioria das idosas (80%) demonstrou se sentirem capazes de melhorar os seus hábitos:

“Eu vou conseguir sim. Eu tenho que conseguir entendeu?! Eu tenho que conseguir. Quando a gente quer um objetivo a gente consegue, então eu chego cansada do trabalho e tal, mas eu vou tirar duas ou três vezes na semana. O meu objetivo vai ser esse. Fazer a musculação, porque eu quero melhorias pra minha saúde” (E09).

Diversas barreiras foram identificadas como capazes de atrapalhar as idosas a se cuidarem e se envolveram em hábitos saudáveis, sendo elas: baixa consciência sobre cuidados; hipossuficiência financeira; distanciamento familiar; limitações da idade; dependência para autocuidado; intolerância à lactose; descrença em benefícios da terapia medicamentosa; ansiedade; depressão; inadaptação ao óculos bifocal; longa fila do SISREG; falta de prioridade; cansaço; dor; resistência a mudanças; infraestrutura urbana precária; violência urbana; medicamentos de alto custo; esquecimento para uso de medicamentos; espera na justiça por medicação para osteoporose; e dificuldade em cessar o tabagismo. Destacou-se a hipossuficiência financeira como barreira percebida na fala:

“Eu com um salário de 1400 reais pra resolver toda a minha vida é complicado, é muito complicado. Eu gostaria muito de me cuidar mais, ter uma alimentação assim mais balanceada, ter algo melhor, porque você sabe que quem tem osteoporose, tem que ter uma alimentação boa. Eu faço o possível e gostaria de me cuidar um pouco mais, fazer mais atividade. Mas tudo isso fica difícil” (E09).

As idosas perceberam que a mudança positiva nos seus comportamentos em saúde envolvia resultados favoráveis como: bem-estar; prevenção de quedas, fraturas e agravos em saúde; perda de peso; fortalecimento dos ossos; e melhora da saúde geral. Vemos o benefício melhora da saúde geral, expresso na fala:

“Educação física né, um exercício físico, caminhada, sol, uma boa alimentação. Acho que pra qualquer tipo de saúde, de doença, de problema de saúde, pro corpo, pra sobreviver, tem que fazer isso, mas só que eu num faço nada disso. Eu sou muito parada” (E07).

Quanto às influências interpessoais, verificou-se a importante influência dos profissionais de saúde nas ações relacionadas à promoção da própria saúde e à carência do suporte familiar, como pode ser identificado na fala:

“Ninguém cuida de mim, eu que me cuido sozinha, eu que faço tudo, a não ser aqui no médico, que o médico fala “faz isso” aí a gente vai obedecendo e vai fazendo né, mas dentro da minha casa, na família?! Não porque eu vivo sozinha, tenho os meus dois filhos, mas[...] agora que eu tô convivendo com o meu mais novo, mas ele num implica com nada dessas coisas tendeu?!” (E21).

As influências situacionais envolveram: o acesso aos serviços de saúde (influenciado por localização geográfica distante); as falhas na atenção básica (AB); e o suporte do serviço especializado; a dificuldade na compra de alimentos; a crença em Deus; o conflito familiar; o compartilhamento de vivências na sala de espera do ambulatório; a vulnerabilidade social e a violência financeiro-patrimonial; o desemprego na família; o luto; e a leitura de livros. O ato de compartilhar vivências pessoais com outras pessoas que passavam pela mesma condição clínica ou por condições semelhantes foi percebido como uma influência positiva:

“Eu conversei um dia desses aí com as meninas lá no...o povo que vive no ambulatório, é interessante, é uma terapia muito boa tendeu?! Muito boa, pena que a espera é muito longa (risos), mas que é terapia boa

é, eu vejo como uma terapia, a gente estar ali no ambulatório, cada um contando os seus problemas, cada um...tá entendendo?! Eu acho ideal isso daí, isso traz cura também” (E23).

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde evidenciada como influência situacional negativa é vista a seguir:

“A clínica da família tava na greve. Tô esperando a oportunidade pra eles voltarem a atender pra mim pode pega o encaminhamento, o SISREG” (E13).

Resultado comportamental

As demandas competitivas imediatas estavam ligadas ao cuidado de familiares dependentes e à jornada de trabalho, como veremos nas falas:

“O que tem me atrapalhado a me dedicar embora eles não tenham culpa, é o neto que nasceu e é uma mãe que tá envelhecendo, que cada vez que ela fica mais velha, mais ela complica a minha saúde porque eu tenho que me desdobrar em cuidados, em preocupações e eu as vezes não consigo ter tempo pra fazer exercício porque eu tenho que olha ela, fazer as coisas pra ela[...] eu não tenho como pagar alguém, num tenho, uma cuidadora né, e aí essa dificuldade me impede de fazer mais exercícios físicos, de eu ter disciplina diária né e de poder também segura o neto né, eu não tenho como impedir de segura uma criança né”(E22).

“Não faço exercício porque meu trabalho é assim: eu trabalho 48 horas numa clínica que fica aqui na Tijuca. É 48 horas tomando conta de uma pessoa idosa né, tipo hoje eu tô saindo, aí eu fico 48 horas em casa. Dois dias na clínica e dois dias em casa” (E09).

As preferências estavam relacionadas à otimização da rotina diária incluindo cuidados de familiares dependentes; hábitos alimentares; tempo para exposição solar; uso de óculos escuros para prevenir quedas ao caminhar; preferência por local, tempo gasto e tipo de exercício físico; padronização de horário para uso de medicamentos; socialização através de aulas de ginástica; e desaceleração ritmo da vida. Vemos, no depoimento abaixo, o desejo em melhorar a rotina visando comportamentos saudáveis:

“Eu tenho que me levantar um pouquinho mais cedo e caminhar, e aí se eu caminhar o sol eu já tenho né?! com certeza, e a alimentação fazer melhor que antes, que eu num tô fazendo [...]o que tiver eu como”(E06).

O comprometimento com o plano de ação e com a promoção da saúde envolveu a busca pela compreensão acerca da osteoporose; a realização de atividade física e de lazer; a exposição solar; a adesão medicamentosa; a dieta balanceada e fracionada; a redução da cafeína; o monitoramento do ganho ponderal; os cuidados com saúde ocular; uso de calçados adequados com sustentação no calcanhar e sola antiderrapante; adaptações no domicílio; o fortalecimento dos laços afetivos com família e amigos. Esses comprometimentos são ilustrados abaixo:

“Eu vou procura os alimentos que tenham mais cálcio, que tem mais vitamina D né, pra fazer uso, pra usá-los com mais[...] é[...]esqueci a palavra[...]mais frequência né, e também busca fazer mais exercícios né, tenta encontrar o tempo[...]nem que seja de tardinha pra fazer os exercícios” (E22).

“O que eu posso fazer é procura. [...]tipo, me dedica mais a medicação[...]vou tomar a medicação e a dor que eu senti nesse joelho ela me mostrou que eu preciso cuidar do meu corpo, preciso emagrecer o meu

corpo[...]preciso de muita coisa pro meu corpo, entendeu?! Apesar dos 65 anos mas eu preciso cuidar, tendeu?! É o que me resta, num tá fácil não” (E23).

DISCUSSÃO

Diante das características e das experiências individuais, vale ressaltar que houve uma maior expressão das participantes que possuíam o primeiro grau completo e uma renda familiar de um a dois salários-mínimos. Frente às desigualdades socioeconômicas, tornam-se necessários maiores investimentos na melhoria da equidade na atenção à saúde destas pessoas, sendo necessário o desenvolvimento de políticas públicas que possibilitem melhores condições de renda e melhor planejamento em saúde coletiva às pessoas idosas, a fim de proporcionar atenção integral a esse segmento social⁽⁹⁾.

A literatura evidencia que o sobrepeso está associado à inatividade física e à alimentação inadequada, desta forma, o incentivo a uma alimentação saudável e à prática regular de atividade física é indispensável para gerar benefícios à saúde geral, para o alcance do peso adequado, melhorando também a força muscular e a saúde óssea⁽¹⁰⁾.

Ademais, identificou-se que 16% das idosas apresentaram menopausa precoce e 24% menopausa tardia. Mediante à complexidade do climatério e da menopausa, a Atenção Básica pode fornecer cuidados em saúde nesta fase da vida, dentro da rede de atenção à saúde por atuar prioritariamente na articulação entre a promoção da saúde e a prevenção de agravos. Portanto, a assistência adequada à saúde da mulher precisa ser garantida nesta etapa da vida⁽¹¹⁾.

A análise do comportamento prévio em saúde relatado pelas idosas incluiu aspectos críticos que abrangeram a carência de conhecimento sobre osteoporose, a inatividade física, a alimentação irregular, o baixo consumo diário de alimentos ricos em cálcio, a ausência de exposição solar, o uso inadequado das lentes corretivas, o uso irregular dos medicamentos prescritos, o uso de medicamentos que aumentam o risco de quedas e a carência de cuidados no cotidiano para prevenção de quedas. Com isso, observa-se a relevância de o enfermeiro elaborar um plano de ação junto as idosas, e atuar junto à equipe multiprofissional para garantir uma discussão sobre os cuidados apropriados.

Logo, práticas educativas que visam aprimorar o conhecimento sobre osteoporose e sobre o risco que a queda pode causar se fazem necessárias a essas mulheres da terceira idade. Essas práticas podem se dar através do incentivo à modificação do ambiente domiciliar, da mudança de hábitos, do aumento da adesão ao tratamento proposto às comorbidades, e da prática de atividade física, considerando para isso questões sociais possivelmente limitantes⁽¹²⁾.

A atenção a essas pessoas por meio da consulta de Enfermagem torna-se uma oportunidade ampla para o desenvolvimento de cuidados de Enfermagem que atendam suas necessidades em saúde. A visita domiciliar também se demonstra ser um relevante instrumento de intervenção para a promoção da saúde, uma vez que os enfermeiros podem fortalecer o vínculo com essas pessoas, realizando uma avaliação multidimensional, identificando os principais fatores de risco para queda e desenvolvendo atividades educativas direcionada às idosas e às suas famílias⁽¹³⁾.

No campo afetivo, notou-se que a aceitação da condição de saúde é um sentimento positivo capaz de tornar o processo de adaptação e de promoção da saúde mais apazível e por isso deve ser estimulado nos cuidados em saúde.

Ainda no aspecto afetivo, a solidão, desmotivação e tristeza relacionadas às limitações da idade foram apontadas como sentimentos que influenciam negativamente os comportamentos das participantes no seu cuidado com a saúde. A Enfermagem precisa estar atenta a esses sentimentos para intervir precoce e eficazmente, por isso o fortalecimento dos laços afetivos com familiares e com amigos próximos, e o incentivo à socialização, são fundamentais, pois possibilitam a inclusão social, o desenvolvimento de habilidades e os momentos de lazer⁽¹⁴⁾.

A cinesiofobia e o medo de cair foram sentimentos relacionados à evasão da prática regular de atividade física. Contudo, a abordagem desses sentimentos contribui para o desenvolvimento de estratégias que previnem agravos em saúde, pois a apreensão e a falta de confiança podem levar às limitações nas AVDs, à falta de condicionamento físico, às alterações do equilíbrio e da marcha, o que gera um declínio da capacidade funcional⁽¹³⁾.

Referente à autoeficácia, em geral as idosas demonstraram uma autoeficácia favorável para mudanças já que se percebe que a autoeficácia pode variar de acordo com a complexidade da ação a ser realizada, exigindo do indivíduo um maior ou menor esforço para desempenhá-la. Ela influencia o modo como as pessoas se sentem, pensam e agem, por outro lado uma baixa autoeficácia pode estar associada, por exemplo, à depressão, à ansiedade, ao sentimento de impotência, à baixa autoestima e a pensamentos mais pessimistas sobre as habilidades pessoais ⁽¹⁵⁾.

Quanto aos benefícios percebidos para adoção dos comportamentos saudáveis, as idosas perceberam que se comessem a melhorar seus hábitos, e adotassem cuidados para prevenção de quedas, teriam resultados favoráveis para a saúde e o bem-estar.

A percepção dos benefícios para a ação contribui com uma maior disposição para mudanças e está ligada à crença na efetividade da ação, favorecendo a adesão a novos hábitos de vida. Com isso vemos a importância de discutir sobre os efeitos benéficos que os cuidados em saúde geram para o bem-estar e para a prevenção de quedas e fraturas dessas mulheres, pois funcionam como motivadores para melhoria de hábitos prejudiciais à saúde⁽³⁾.

As idosas da pesquisa expressaram muitas barreiras para a promoção do autocuidado, o que torna ainda mais complexo o processo de melhoria dos comportamentos em saúde. Portanto, o fato de ter sido encontrada uma baixa consciência sobre as ações em saúde que podem ser benéficas para a promoção da própria saúde demonstra a necessidade e a relevância do suporte dos profissionais de saúde que as acompanham durante o gerenciamento de sua saúde⁽¹⁶⁾.

A inadaptação ao uso do óculo bifocal foi identificada como uma barreira frequente entre as mulheres para o autocuidado, por isso a avaliação e o acompanhamento da saúde ocular das idosas com osteoporose precisam ser efetivos, já que a deficiência visual não corrigida reduz a atividade física, a mobilidade independente, o funcionamento social e aumenta o risco para quedas⁽¹⁷⁾.

Distintas barreiras foram percebidas como capazes de interferir na adesão à farmacoterapia para osteoporose, com a subutilização, por vezes, dos fármacos prescritos, desta forma, a sua abordagem deve ser subjetiva. Esta questão deve ser abordada de forma individualizada no desenvolvimento do plano de cuidados, e deve englobar a relação farmacológica entre o estado de saúde dos idosos e as crenças/convicções pessoais sobre a medicação.

A identificação das barreiras permitiu que as idosas reconhecessem o que tem limitado os seus cuidados, favorecendo uma melhor autogestão de seus comportamentos em saúde e contribuindo para uma abordagem direcionada no estabelecimento do plano de ação em conjunto com cada mulher⁽³⁾.

Referente às influências situacionais positivas, a que mais se destacou foi o suporte do ambulatório de reumatologia, por que o cuidado continuado, e a longo prazo pelo serviço especializado, traz importantes benefícios à saúde, proporcionando uma atenção da equipe com foco para suas demandas em saúde⁽¹⁸⁾.

O compartilhamento de vivências pessoais na sala de espera do ambulatório também foi uma influência situacional positiva identificada no estudo. Nessa perspectiva, ações grupais se demonstram terapêuticas, capazes de gerar autonomia, empoderamento e autoestima⁽¹⁹⁾.

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde na AB, sobremaneira relativos às greves recorrentes, foi reconhecida como uma influência situacional negativa. Tais greves são um reflexo da crise da AB no município do Rio de Janeiro, desencadeadas pelos atrasos de pagamento, demissões, cortes de equipes que levam a grandes prejuízos aos usuários do SUS. Portanto, o fortalecimento da AB surge como uma oportunidade de aprimorar as estratégias terapêuticas que visam solucionar as demandas em saúde⁽¹³⁾.

O conflito familiar também foi percebido como uma influência situacional negativa e, neste cenário, a abordagem familiar faz-se essencial na identificação das necessidades em saúde das idosas e no manejo das situações de conflito por meio de visitas domiciliares⁽¹⁴⁾.

A dificuldade na compra de alimentos atribuída à restrição e à falta de apoio social também foi observada como uma influência negativa. Então, as ações em saúde que buscam minimizar esta problemática são necessárias para enfrentamento deste problema⁽²⁰⁾.

As demandas competitivas verificadas no estudo estavam relacionadas ao cuidado de familiares dependentes e à jornada de trabalho, uma vez que as demandas exigidas para cuidar de um familiar dependente geram, frequentemente, implicações na vida pessoal. As famílias precisam de acompanhamento e de apoio dos profissionais da saúde, e de uma rede de suporte ampliada, para que a assistência prestada aos familiares dependentes seja efetiva possibilitando com isso à prevenção de uma sobrecarga e de tensão no processo do cuidado⁽²¹⁾.

A jornada de trabalho vincula-se ao desgaste físico e emocional, ocasionando falta de tempo para priorizar os cuidados da sua própria saúde. Apesar disso, ela possibilita a conservação da saúde física e mental, da autonomia, das habilidades cognitivas e sensoriais e a melhoria da QV. A assistência às idosas que trabalham deve priorizar à minimização dos riscos ocupacionais, à detecção precoce de agravos à saúde gerados pela atividade laboral, visando a prevenção de acidentes⁽²²⁾.

As preferências das idosas envolveram a otimização de sua rotina por meio da inclusão de hábitos alimentares; de tempo para realização de exposição solar; da preferência por local, tempo gasto e tipo de exercício físico; da padronização de horário para uso de medicamentos; dos cuidados de familiares dependentes, socialização através de aulas de ginástica; e da desaceleração ritmo da vida.

É fundamental que o enfermeiro ajude as idosas a otimizarem os cuidados, visto que inatividade física, dietas pobres em cálcio, baixos níveis séricos de vitamina D e reduzida exposição ao sol, são fatores importantes no risco de fratura osteoporótica⁽²³⁾.

A partir do plano de ação traçado com cada entrevistada e de suas falas, demonstrou-se um compromisso com a melhoria de comportamentos em saúde através da disposição para mudança de comportamentos habituais, autorreflexão e maior engajamento pessoal. O desejo e a busca pessoal em realizar mudanças voltadas para práticas saudáveis se torna fundamental para a promoção da própria saúde, sendo especialmente relevante para a saúde da pessoa idosa ao ampliar sua QV⁽²⁴⁾.

Com isso vemos a relevância da atuação do enfermeiro na identificação de comportamentos de risco para a saúde da terceira idade e para a construção de um plano de ação individual visando comportamentos saudáveis e prevenindo agravos em saúde⁽²⁵⁾.

O estudo teve como limitação a não avaliação integral dos fatores de risco para quedas, como a força muscular, o equilíbrio, a acuidade visual, a acuidade auditiva e os fatores relacionados ao ambiente em que a pessoa vive. Outra limitação foi o fato de o cenário do estudo ter sido um ambulatório especializado em reumatologia, o qual atende apenas os casos mais graves. Por isso, os resultados do estudo não refletem a realidade da AB.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se a multiplicidade dos fatores que afetam a saúde das pessoas idosas e que, por vezes, limitam o acesso a recursos importantes para o autocuidado. Notou-se, também, como as questões políticas, sociodemográficas e econômicas, influenciam a adoção de comportamentos saudáveis e o alcance da equidade preconizada pelo SUS e apontou-se a necessidade de uma eficaz gestão política dos recursos financeiros destinados à saúde pública que assegurem o acesso a serviços de saúde para o tratamento adequado da osteoporose.

Diante disso, esta pesquisa expõe a importância da realização de novos estudos que considerem a pessoa idosa como protagonista de suas decisões, valorizando-a como agente ativa a fim de ampliar o nível de estudo no campo científico, essa mudança de protagonismo na perspectiva da construção de ações de promoção da sua própria saúde, tem em vista o abandono ou a redução de comportamentos prejudiciais e da negligência com a própria saúde.

Conclui-se com os resultados deste estudo que é possível melhorar o conhecimento e promover a saúde da mulher na terceira idade que vive com osteoporose através do MPS de Nola Pender. A utilização desta estratégia de gestão de cuidados contribui para intensificar as ações voltadas para reduzir a incidência de fraturas, que por sua vez, representa um grave risco à saúde das idosas com osteoporose.

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa foi realizada com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ).

As autoras declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Cepellos VM. Feminização do envelhecimento: um fenômeno multifacetado muito além dos números. *Rev Adm Empres*[Internet]. 2021 [acesso em 2022 abr 11]; 61 (2): 1-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/9GTWvFfzYFnzHKyBhqGpc4j/?format=pdf&lang=pt>
2. Kanis JÁ, Cooper C, Rizzoli R, Reginster JY. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int*. 2019; 30(1):3-44. Doi: 10.1007/s00198-018-4704-5
3. Pender NJ, Murdaugh CL, Parson MA. *Health Promotion in Nursing Practice*. 7th ed. Upper Saddle River, NJ(US): Pearson/Prentice-Hall; 2014.
4. Silva ACS, Santos I. Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da Teoria de Nola Pender Texto & contexto enferm. [Internet] 2010[acesso em 2022 abr 10]; 19(4):745-753. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71416100018>
5. Silva RM, Bezerra IC, Brasil CCP, Moura ERF. *Estudos qualitativos: Enfoques Teóricos e Técnicas de Coleta de Informações*. Sobral: Edições UVA; 2018.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS-SAS nº 224, de 26 de março de 2014. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Osteoporose. *Diário de Oficial da União, Brasília, DF*, 2014.
7. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm*. 2021; 34:eAPE02631. Doi: <http://dx.doi.org/10.37689/actape/2021AO02631>
8. Curta JC, Weissheimer AM. Perceptions and feelings about physical changes in climacteric women. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41(esp): e20190198. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190198>
9. Oliveira JS, Freitas SKS, Vilar NBS, Saintrain SV, Bizerril DO, Saintrain MVL. Influência da renda e do nível educacional sobre a condição de saúde percebida e autorreferida de pessoas idosas. *J Health Biol Sci*[Internet].2019[cited 2021 Ago 12]; 7(4): 395-398.Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/2343/1014>

10. Costa ALD, Silva MACN, Brito LMO, Nascimento ACB, Barbosa MCL Batista, JE et al. Osteoporosis in primary care: an opportunity to approach risk factors. *Rev Bras Reumatol.* 2016; 56(2): 111-116. Doi: 10.1016/j.rbr.2015.03.004
11. Castilhos L, Schimith MD, Silva LMC, Prates LA, Girardon-Perlini NMO. Care needs of women in climacteric with hypertension: nurses' work possibilities. *Rev Enferm UFSM – REUFSM [Internet].* 2021 [cited 2021 Ago 12]; 11(e15): 1-20, 2021. Available from: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/42948/html_1
12. Teixeira DKS, Andrade LM, Santos JLP, Caires ES. Falls among the elderly: environmental limitations and functional losses. *Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet].* 2019 [cited 2020 Set 04]; 22(3):1-10. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbga/a/59PJHnNNmwv8yZFdv5Gn6tM/?lang=en&format=pdf>
13. Nogueira IS, Previato GF, Scolari GAS, Gomes ACO, Carreira L, Baldissera VDA. Home intervention as a tool for nursing care: evaluation of the satisfaction of the elderly. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(spe):e68351.
14. Silva ACV, Rosa MI, Fernandes B, Lumertz S, Diniz RM, Damiani MEFR. Factors associated with osteopenia and osteoporosis in women undergoing bone mineral density test. *Rev bras reumatol [internet].* 2015 [cited 2020 ago 08]; 55(3): 2223-228. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbr/a/dx7z5hnxwrrtydp69rwqfp/?format=pdf&lang=en>
15. Sacramento AM, Chariglione IPFS, Melo GF, Cárdenas CJ. Avaliação da autoeficácia e da memória em idosos: uma análise exploratória. *Psic teor e pesq. [internet]* 2021 [acesso 2022 abr 04]; 37(e373113):1-10. disponível em: <http://old.scielo.br/pdf/ptp/v37/1806-3446-ptp-37-e373113.pdf>
16. Roh YH, Lee ES, Ahn J, Kim HS, Gong HS, Baek Kh Et al. Factors affecting willingness to get assessed and treated for osteoporosis. *Osteoporosis int.* 2019; 30(7): 1-7. doi:10.1007/s00198-019-04952-5
17. Cypel MC, Salomão SR, Dantas PEC, Lottenberg CL, Kasahara N, Ramos LR, et al. Vision status, ophthalmic assessment, and quality of life in the very old. *Arq Bras Oftalmol [Internet].* 2017 [cited 2020 Set 13]; 80(3): 159-164. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492017000300159
18. Coelho LP, Motta LB, Caldas CP. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. *Physis (Rio J.) [Internet].* 2018 [acesso 2020 Set 04]; 28(4): 1-19. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v28n4/0103-7331-physis-28-04-e280404.pdf>
19. Colussi EL, Pichler NA, Grochot L. Perceptions of the elderly and their relatives about aging. *Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet].* 2019 [cited 2020 Set 04]; 22(1): 1-8. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbga/a/h7f6YDYhPghmXb8LkZch6wH/?lang=en&format=pdf>
20. Tavares DMS, Oliveira NGN, Ferreira PCS. Apoio social e condições de saúde de idosos brasileiros da comunidade. *Cienc. enferm. [Internet].* 2020 [acesso 2020 Dez 16]; 26(9):1-12. Disponível em: <https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v26/0717-9553-cienf-26-9.pdf>
21. Nunes DP Brito TRP, Duarte YAO, Lebrão ML. Caregivers of elderly and excessive tension associated to care: evidence of the Sabe Study. *Rev bras Epidemiol [Internet].* 2019 [cited 2020 Oct 12]; 21(2):-14. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/gDwwZVvfMd66pNvcf9gqmJR/?format=pdf&lang=en>
22. Costa IP, Bezerra VP, Pontes MLF, Moreira MASP, Oliveira FB, Pimenta CJL, et al. Quality of life of elderly people and its association with work. *Rev gaúcha enferm Porto [Internet].* 2018 [cited 2020 Set 04]; (e2017-0213), p.1-9. Available from: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/FfDynMmnKshJd5QsbCKgNkh/?format=pdf&lang=en>
23. Lozano-cárdenas D, Munevar-suárez AJ, Cobo-mejía EA. Riesgo de fracturas osteoporóticas en adultos mayores. *Rev cuba med gen integr [Internet].* 2020 [acesso 2020 set 15]; 36(1):1-14. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v36n1/1561-3038-mgi-36-01-e1089.pdf>
24. Clares JWB, Nóbrega MML, Guedes MVC, Silva LF, Freitas MC. ICNP® nursing diagnoses, outcomes and interventions for community elderly. *Rev. Bras. Enferm [Internet].* 2019 [cited 2020 Set 04]; 72(2): 199-206. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/6Nnfjs9SL3f9f4zv5cZCYth/?format=pdf&lang=en>
25. Hertz K, Santy-Tomlinson J, editors. *Fragility Fracture Nursing: Holistic Care and Management of the Orthogeriatric Patient.* Cham (CH): Springer; 2018. PMID: 31314236.