



Revista Brasileira de Geriatria e
Gerontologia

ISSN: 1809-9823

revistabgg@gmail.com

Universidade do Estado do Rio de
Janeiro
Brasil

de Sousa Araújo Santos, Zélia Maria; de Oliveira Martins, Jocijânia; Marques Frota,
Natasha; Áfio Caetano, Joselany; Nogueira Moreira, Rosa Aparecida; Moreira Barros,
Lívia

Autocuidado universal praticado por idosos em uma instituição de longa permanência
Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, vol. 15, núm. 4, octubre-diciembre, 2012,
pp. 747-754

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838800013>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Autocuidado universal praticado por idosos em uma instituição de longa permanência

Universal self-care practiced by the elderly in a long-term institution

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos¹
 Jocijânia de Oliveira Martins²
 Natasha Marques Frotá³
 Joselany Áfio Caetano³
 Rosa Aparecida Nogueira Moreira³
 Lívia Moreira Barros³

Resumo

Objetivo: Descrever as ações do autocuidado universal em idosos institucionalizados com enfoque na promoção da saúde. **Métodos:** Estudo quantitativo, exploratório e descritivo, realizado em uma instituição de longa permanência situada em Fortaleza-CE, com 170 idosos. Os dados foram coletados no período de fevereiro a junho de 2010, por meio de entrevista com a utilização de um roteiro estruturado com base nos requisitos universais do autocuidado de Orem. **Resultados:** 65,8% (112) dos idosos tinham idade de 60 a 79 anos, 54,1% (92) pertenciam ao sexo feminino, 28,9% (49) eram viúvos, 64,8% (110) tinham escolaridade até o ensino fundamental e 44,2% (75) tinham renda familiar mensal menor que um salário mínimo. Alguns idosos descuidaram em alguns aspectos relacionados ao autocuidado no que se refere a oxigenação, hidratação, atividade e promoção da saúde. Esse déficit de autocuidado pode estar associado às limitações físicas inerentes ao ciclo vital, ao déficit de conhecimento e ao baixo poder aquisitivo. **Conclusões:** Faz-se necessário desenvolver atividades voltadas para o lazer e exercícios físicos nessa população, uma vez que essas ações são consideradas importantes para a promoção da saúde e a interação social.

Abstract

Objective: To describe the actions of the universal self-care in institutionalized elderly focusing on health promotion. **Methods:** Quantitative, exploratory and descriptive study carried out in a long-term institution in Fortaleza-CE, with 170 elderly. Data were collected from February to June 2010, through interviews using a structured questionnaire from the requirements of the universal self-care of Orem. **Results:** 65.8% (112) of the elderly were aged 60-79 years, 54.1% (92) were female, 28.9% (49) were widowed, 64.8% (110) had education up to primary school and 44.2% (75) had monthly income less than minimum wage. Some older neglected in some aspects of self-care

Palavras-chave: Idoso. Autocuidado. Enfermagem. Geriatria.

Key words: Aged. Self Care. Nursing. Geriatrics.

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade de Fortaleza. Fortaleza, CE, Brasil.

² Secretaria Municipal de Saúde de Tururu, CE, Brasil.

³ Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

with regard to oxygen, moisture, and health promotion activities. This lack of self-care may be associated with physical limitations inherent in the life cycle, the knowledge deficit and the low purchasing power. *Conclusions:* It is necessary to develop activities for leisure and exercise in this population, since these actions are considered important for health promotion and social interaction.

INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, acreditou-se que a população brasileira ainda era jovem, e não se deu crédito às informações demográficas que projetavam o envelhecimento.¹ O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea, já que vem acentuando consideravelmente as demandas sociais e econômicas. Esse fenômeno teve início em países desenvolvidos, porém recentemente é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento vem trazendo repercussões para a atenção à saúde.²

O envelhecimento causa transformações com repercussões específicas nos aspectos funcionais, sociais, emocionais e ambientais. Junto a essas mudanças, ocorrem as doenças crônicas, o que exige do idoso modificações em seus hábitos diários e no desempenho das atividades antes consideradas simples.³

Frente às várias alterações fisiológicas e patológicas pertinentes ao processo de envelhecimento, os idosos perdem sua autonomia e independência, com a limitação da capacidade para o autocuidado, o que, consequentemente, compromete a qualidade de vida do indivíduo e seu processo de interação social.⁴

Quando o idoso vive em uma instituição de longa permanência (ILP), essa condição é um fator ainda mais agravante, pois ele se encontra afastado da família, da casa, dos amigos e das relações nas quais sua história de vida foi construída. Nesse cenário de cuidados, a proposta de promoção da saúde deve fundamentar-se no resgate do desenvolvimento do empoderamento.⁵

A responsabilidade pela promoção da saúde é compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos e instituições que prestam serviços de saúde, governos e profissionais da saúde de todas

as áreas.⁶ A promoção da saúde com enfoque no autocuidado pode contribuir para que os idosos venham a se cuidar, influenciando positivamente na preservação de sua autonomia, independência e condições de saúde.⁷

Orem⁸ conceitua o autocuidado como o desempenho ou a prática de atividades desenvolvidas pelo indivíduo, em benefício próprio, para satisfazer as necessidades do próprio ser, sejam fisiológicas, de desenvolvimento ou comportamentais, com base em determinados requisitos ou condições.

O autocuidado é a prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Tem como propósito as ações que, seguindo um modelo, contribuem de maneira específica na integridade, nas funções e no desenvolvimento humano. Esses propósitos são expressos por meio de ações denominadas “requisitos de autocuidado”⁹

São três os requisitos de autocuidado ou exigências, apresentados por Orem: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Os universais estão associados a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humanos. Eles são comuns a todos os seres humanos durante todos os estágios do ciclo vital, como por exemplo, as atividades do cotidiano.

Então, frente a esta realidade, o autocuidado deve ser estimulado para que haja promoção da saúde e autoestima, fatores necessários a qualquer pessoa, principalmente a pessoa idosa, o que corrobora sua sensação de independência. Portanto, o idoso deve ser coadjuvante no processo de promoção de sua saúde e bem-estar de sua vida dentro do ambiente em que ele está inserido.

Diante desse contexto, questiona-se: em instituições de longa permanência, é possível identificar as ações de autocuidado, praticadas por idosos, com vistas à promoção da saúde? Mediante essa problemática, decidiu-se fazer esta pesquisa com o objetivo de descrever as ações do autocuidado universal em idosos institucionalizados com enfoque na promoção da saúde.

Conhecer essas ações possibilita identificar fatores que contribuem para os déficits de autocuidado, pois uma vez identificado o déficit, torna-se possível propor estratégias de promoção da saúde que possam contribuir para que reflexões e ações futuras ocorram visando aprimorar a assistência de enfermagem para a população estudada.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo quantitativo, exploratório e descritivo, desenvolvido em uma instituição de longa permanência (ILP) de natureza filantrópica, em Fortaleza-CE, no período de fevereiro a junho de 2010.

Durante a realização da pesquisa, a ILP abrigava 220 idosos, contudo apenas 170 participaram do estudo, os quais aceitaram participar e possuíam condições físicas para responder aos questionamentos. A seleção dos participantes foi feita de forma aleatória simples. Constituíram-se como critérios de inclusão: pessoas com mais de 60 anos de idade e com condições de se expressar verbalmente. Os critérios de exclusão foram: permanência de menos de seis meses na ILP e não ter condições físicas para submeter-se à entrevista.

A coleta de dados ocorreu por meio da entrevista com a utilização de um roteiro estruturado com base no referencial teórico de autocuidado de Orem. Os dados foram analisados descritivamente, sob a forma estatística simples com valores absolutos e percentuais.

O estudo foi desenvolvido conforme a Resolução n.º 196/96, da Comissão Nacional

de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS).¹⁰ Os idosos foram orientados sobre a natureza, o objetivo e a relevância do estudo, e informados de que poderiam retirar o consentimento no momento em que desejasse. Os dados foram coletados após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e o parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, sob nº 416/10.

RESULTADOS

Para o processamento da análise dos dados, esses foram agrupados em caracterização dos idosos, convivência na comunidade e descrição dos requisitos para o autocuidado universal com enfoque na promoção da saúde.

Caracterização dos idosos

Dos entrevistados, 54,1% eram mulheres e 45,9% do sexo masculino. Com relação à idade, 65,8% estavam na faixa entre 60 e 79 anos e 34,2% tinham 80 anos ou mais. Quanto ao estado civil, 41,8% eram solteiros; 28,9%, viúvos; 22,3%, separados; e apenas 7% eram casados.

Quanto ao grau de escolaridade, 64,8% não completaram o ensino fundamental e 35,2% não eram alfabetizados. Verificou-se que a renda familiar de 44,2% dos idosos era menor que um salário mínimo, 36,4% não possuíam renda e 19,4% tinha renda mensal de um salário mínimo.

Convivência na comunidade

O tempo de convivência dos idosos na ILP variava de seis meses a dez anos. Quanto ao motivo por optarem viver na instituição, 48,9% dos idosos informaram a ausência de familiares, 39,4% relataram o abandono de parentes, 10% afirmaram que buscavam companhia e 7,7% desejavam tranquilidade.

Em relação à satisfação com a moradia, 73% estavam satisfeitos devido ao bom tratamento, convivência com pessoas da mesma idade,

companhia e atendimento às necessidades de segurança, alimentação e repouso. Entretanto, 27% alegaram insatisfação em decorrência de falta de privacidade, saudade dos familiares e aglomeração.

Requisitos universais do autocuidado

Os requisitos universais do autocuidado são manutenção da oxigenação, ingestão de água e alimentos, eliminação e excreção, atividade e repouso, solidão e interação social e promoção da saúde.⁹

Manutenção da oxigenação

Dentre os participantes, 15,2% eram portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Destes, 26,9% tinham como complicação o enfisema pulmonar em decorrência do tabagismo.

Ao serem questionados sobre a qualidade do ar no ambiente, 24,1% declararam que os dormitórios eram superlotados, e isso contribuía para a insalubridade do ar atmosférico.

Ingestão de água e alimentos

As refeições eram balanceadas e preparadas na ILP sob a supervisão do nutricionista. A maioria (95,5%) dos idosos conseguia alimentar-se sem ajuda de outras pessoas. Verificou-se que 55,7% relataram alterações na mastigação devido a próteses dentárias mal posicionadas ou à ausência destas.

Quanto à ingestão de água, 28,4% afirmaram que ingeriam de 0,5 a 1 litro de líquidos ao dia.

Eliminação e excreção

Entre os idosos, 60% informaram um padrão de eliminações intestinais satisfatórias, e 40% queixaram-se de constipação. Com relação

às eliminações urinárias, todos apresentavam diurese espontânea e frequente.

Atividade e repouso

Cerca de 35,4% idosos praticavam algum tipo de atividade, tendo destaque para as mulheres com 37,6%. As atividades eram divididas em trabalhos manuais e exercício físico, como ginástica e caminhadas.

A maioria (55,7%) dos idosos não conciliava sono e repouso, tendo o sono interrompido em decorrência de esvaziamentos frequentes da bexiga, dor, tomada de medicamentos e preocupações.

Solidão e interação social

A solidão foi relatada por 28,5% dos idosos, os quais afirmaram que enfrentar a velhice significa enfrentar a solidão. A participação em atividades sociais realizadas na própria comunidade, como coral, celebração religiosa e festas comemorativas foi referida por 54,3% entrevistados.

O relacionamento familiar foi considerado insatisfatório por 70% idosos devido à ausência dos familiares. Entretanto, a interação social dos idosos entre si na ILP era efetiva (90%), pois estes apresentavam um bom relacionamento.

Promoção da saúde

Com relação aos exames de prevenção, 43% das mulheres realizavam anualmente o exame de prevenção do câncer de colo uterino e de mama; quanto aos homens, 18% faziam regularmente o exame de prevenção do câncer de próstata.

Quanto ao uso de recursos de tecnologia assistiva, relacionada às dificuldades funcionais, 28,4% idosos usavam lentes corretivas, 21,4% utilizavam próteses dentárias, 7,1% muletas e somente 2,8% faziam uso de cadeira de rodas.

Observou-se que 14,2% idosos se submetiam semestralmente à avaliação odontológica, 38,4% compareciam periodicamente às consultas médicas para avaliação do estado geral da saúde, e 6,8% idosos estavam com o esquema vacinal completo.

DISCUSSÕES

A Teoria do Autocuidado de Orem diz que alcançar o autocuidado é um processo aprendido, ou seja, é uma prática da pessoa para si mesma e desenvolvida por ela mesma em que o indivíduo deve ser livre para acertar, aprender, utilizar ou rejeitar o que lhe é oferecido.¹¹

Os requisitos universais de autocuidado estão associados aos processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento do corpo humano. Eles são comuns a todos os seres humanos: ingestão suficiente de ar, água e alimentação, processo de eliminação e excreção; manutenção do equilíbrio entre atividade e descanso, solidão e interação social, e promoção da saúde. O autocuidado universal, portanto, corresponde ao atendimento das necessidades universais básicas que são inerentes a todos os seres humanos.⁹

Para suprir suas necessidades de autocuidado, os seres humanos precisam dispor ou desenvolver habilidades, as quais são influenciadas por condicionantes básicos de autocuidado que afetam a capacidade do indivíduo de desenvolver o autocuidado, sendo eles: idade, sexo, orientação sociocultural, sistema familiar, padrão de vida, fatores ambientais, acesso a recursos básicos de saúde, estado de desenvolvimento, estado de saúde e fatores do sistema de cuidado de saúde.¹²

Verificou-se a predominância de pessoas idosas do sexo feminino (54,1%) institucionalizadas, o que confirma a feminilidade como um forte fator para a institucionalização. A expectativa de vida das mulheres tem aumentado nos últimos anos, em virtude da busca pelos serviços de saúde, pela melhora da qualidade de vida e consequentemente isso poderá repercutir no seu autocuidado durante a terceira idade.³

Quanto à idade, a grande parte dos idosos estava na faixa entre 60 e 79 anos. A idade interfere na capacidade, no tipo e na quantidade de autocuidado requerido.¹² Há um paradoxo quanto às necessidades dos idosos à medida que o tempo passa, pois na velhice as pessoas estão mais predispostas a apresentarem problemas patológicos, e com isso ocorre um consumo maior de recursos, que muitas vezes são insuficientes ou não satisfazem as necessidades do idoso.¹³

Foi possível observar um baixo nível de escolaridade, o que indica as condições precárias de vida e de trabalho durante grande parte da vida desses idosos.¹⁴ A equipe de enfermagem deve considerar a baixa escolaridade dos idosos para que a linguagem usada seja a mais acessível possível e eles consigam entender o significado da informação repassada para que realizem a prática do cuidado com sucesso.¹⁵

A preparação para a velhice tem se tornado difícil para a população de baixa renda, uma vez que os benefícios recebidos da assistência social não conseguem suprir as mínimas necessidades de vida. Assim, as ILPIs são alternativas para esses idosos, que podem ter como motivação tanto os fatores financeiros e os problemas de saúde quanto a vontade própria.¹⁶

Frequentemente, a institucionalização apresenta-se como a última alternativa para os idosos.¹³ A transferência para uma ILP gera uma mudança radical no estilo de vida, o que representa um grande desafio para o idoso.¹⁴

Identificaram-se como motivos para a institucionalização: ausência de familiares, abandono de parentes, busca de companhia e desejo de tranquilidade. Os motivos de ir para a ILP estão em concordância com os achados de outros estudos, os quais foram: problemas familiares, não tinham para onde ir, motivo de doença, entre outros.¹⁵

No que se refere à saúde bucal dessa população, identificaram-se, por meio de relatos, alterações na mastigação devido a próteses dentárias mal posicionadas ou ausência

de dentes. O estado da mucosa oral e da dentição interfere, muitas vezes de forma importante, na necessidade de beber e comer dos idosos. Ainda que a cárie dentária seja menos frequente, os problemas peridentários, as infecções das gengivas e a perda de dentes são muito mais numerosas e podem conduzir à má nutrição.¹⁷

O acesso aos serviços odontológicos, juntamente com a orientação constante da equipe de saúde, são recursos importantes na busca de suporte para a manutenção da autonomia, o que possibilita uma melhora no estado geral de saúde do indivíduo.¹⁷

Um bom estado nutricional, com o fornecimento adequado de energia, proteínas, vitaminas e minerais, é de extrema importância para que o idoso resista às doenças crônicas e debilitantes e possa manter a saúde e a independência.¹⁸ Para isso, é necessário adaptar os alimentos à saúde bucal precária, na maioria dos idosos, e às doenças relacionadas.

A ingestão de água foi insatisfatória para as necessidades humanas, uma vez que a maioria dos idosos não ingeria a quantidade adequada de água. Isso se justifica pelo fato de que os idosos sentem menos sede que os mais jovens, gerando uma privação de água. Esta pode ocorrer por um distúrbio cognitivo, pela diminuição da sede ou por debilidade física. Contudo, a água deve ser controlada, assim como a dieta e os medicamentos, principalmente para idosos que requerem um maior cuidado.¹⁸

A constipação foi uma queixa presente nos relatos dos idosos. Essa manifestação pode ocorrer em decorrência dos maus hábitos alimentares e da insuficiente ingestão de líquidos e frutas. Quando discretos, os sintomas envolvem desconforto abdominal e flatulência.¹⁹

Nas atividades de vida diária, a enfermeira, ao prestar os cuidados à pessoa idosa, deve estimular

e valorizar a independência e autonomia do cliente com base na educação em saúde.¹¹

Apenas 60 idosos (35,4%) praticavam algum tipo de atividade, sendo destaque o sexo feminino. Essas atividades, quando bem coordenadas, visam promover o envelhecimento saudável, favorecendo a interação social, o lazer e a manutenção da capacidade funcional.²⁰

As atividades desenvolvidas pelo idoso, sejam artesanais ou físicas, de certa forma mantêm o idoso ocupado e evitam que o processo de envelhecimento se desenvolva de forma mais rápida.¹³ Vale ressaltar que, mesmo estando aposentado, o idoso não deve acomodar-se e ficar sedentário. É importante que esse indivíduo desempenhe atividades de acordo com sua vontade e habilidade pessoal, visando contribuir para o prolongamento da vida e uma melhora da qualidade de vida, tornando-a mais prazerosa.¹⁵

O padrão de sono prejudicado esteve presente nas queixas dos idosos. Essa alteração tem particular relevância entre os idosos, pois causa déficit de atenção e memória e redução da velocidade de resposta, da concentração e do desempenho.¹⁴ Os distúrbios de sono são mais comuns e mais severos entre idosos residentes em ILP do que entre os que residem na comunidade. Observa-se a fragmentação do sono, com despertares noturnos frequentes, os quais possuem grande potencial de produzir excessiva sonolência diurna.¹⁴

A solidão foi relatada por 28,5% dos idosos. À medida que a idade avança, existe uma progressiva perda de recursos físicos, mentais e sociais, a qual tende a despertar sentimentos de desamparo. A velhice parece deixar o indivíduo impotente, indefeso e fragilizado para tomar suas próprias decisões e enfrentar seus problemas.¹⁵

As causas de solidão no idoso configuram-se dentro de um conjunto amplo de componentes

onde atuam fatores genéticos, eventos vitais, como luto e abandono, e doenças incapacitantes, entre outros. Cabe ressaltar que a solidão pode estar associada à depressão que frequentemente surge em um contexto de perda da qualidade de vida associada ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves.²¹ O apoio social atua em algumas situações como um fator de proteção que ajuda a melhorar a saúde e o bem-estar do idoso, além de contribuir para sua autonomia, pois o mesmo aprende a lidar e a compartilhar seu processo saúde-doença.¹⁷

O relacionamento familiar foi considerado insatisfatório por 70% dos idosos devido à ausência dos familiares. Com o avançar da idade, mudanças visíveis vão ocorrendo, comprometendo aos poucos o estado geral do indivíduo e interferindo na intensidade e na qualidade dos relacionamentos. Alguns idosos referiram ter apresentado um relacionamento conflituoso ao longo da vida, que pode advir ou contribuir para a desmotivação do convívio diário e a diminuição dos laços afetivos.²² Para o idoso, a família e os amigos influenciam tanto no controle de doenças, na adesão ao tratamento, no seguimento da dieta e na prática de atividade física, bem como estímulos para o autocuidado.¹²

A Carta de Ottawa preconiza que a promoção da saúde se fundamenta em proporcionar às populações os meios de melhorar sua saúde e exercer maior controle sobre a mesma. Nessa visão, a saúde é compreendida como a possibilidade de a pessoa aproveitar a vida de maneira positiva, com a perspectiva de usar os recursos pessoais e sociais a seu alcance.^{23,24}

O desenvolvimento de atitudes e comportamentos preventivos, os quais incluem o autocuidado, a vacinação e os exames periódicos, são exemplos de como esses fatores podem contribuir para o alcance de melhores níveis de saúde dessa população.

CONCLUSÕES

As mudanças típicas no processo de envelhecimento, como dependência física do idoso, condições socioeconômicas, comprometimento na saúde do cuidador, ausência de cuidador no domicílio e conflitos familiares, podem levar o idoso à institucionalização.

Verificou-se, com este estudo, que os idosos descuidaram em alguns aspectos relacionados ao autocuidado. Dentre eles se destacam a oxigenação, a hidratação, a atividade e a promoção da saúde. O déficit de autocuidado estava associado às limitações físicas inerentes ao ciclo vital, ao déficit de conhecimento e ao baixo poder aquisitivo.

Sabe-se que as instituições asilares geralmente são inadequadas para o atendimento às necessidades psicobiológicas e socioespirituais dos idosos, mas os idosos pesquisados relataram satisfação e bem-estar na ILP. Sentiu-se, entretanto, falta de atividades voltadas ao lazer e a exercícios físicos nessa população, uma vez que tais ações são consideradas importantes para a promoção da saúde e a interação social.

Os resultados encontrados sugerem que deve haver uma capacitação dos profissionais que prestam assistência ao idoso, pois essa população possui peculiaridades próprias da idade que devem ser conhecidas e valorizadas, além das condutas voltadas para o autocuidado. E, como limitação do estudo, cita-se o fato de não ter sido possível realizar as entrevistas com todos os idosos residentes na ILP, pois muitos deles eram introspectivos e apresentavam problemas auditivos.

Acredita-se que os resultados deste estudo poderão contribuir para uma reflexão crítica entre os profissionais atuantes no processo saúde-doença, sobretudo aqueles atuantes em ILPI, sobre a reorientação e a eficácia de ações de promoção da saúde dessa clientela.

REFERÊNCIAS

1. Costa MFL, Veras R. Saúde Pública e envelhecimento. Cad Saúde Pública 2003; 19(3) 700-06.
2. Lima CA, Tocantins FR. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. Rev Bras Enferm Brasília 2009 mai-jun; 62(3): 367-73.
3. Marin JSM et al. A atenção a saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. Rev Bras Geriatr Gerontol Rio de Janeiro 2008; 11(2): 245-58.
4. Mafra SCT. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de re-significar o papel da família. Rev Bras Geriatr Gerontol 2011; 14(2): 353-64.
5. Freire Jr RC, Tavares MFL. Health from the viewpoint of institutionalized senior citizens: getting to know and value their opinion. Interface: Comunic Saúde Educ 2004 set-fev; 9(16):147-58.
6. Silva ACS, Santos I. Promoção do autocuidado de idosos para envelhecer saudável: aplicação da Teoria de Nola Pender. Texto Contexto Enfermagem 2010 out-dez; 19(4): 745-53.
7. Celich KLS, Bordin A. Educar para o autocuidado na terceira idade: uma proposta lúdica. RBCEH 2008 jan-jun; 5(1): 119-29.
8. Fialho AVM, Pagliuca LMF, Soares E. Adequação da Teoria do déficit de autocuidado no cuidado domiciliar a luz do Modelo de Barnum. Rev Lat Am Enfermagem 2002 set-out; 10(5):715-20.
9. Orem DE. Nursing: concepts of practice. Georgia: Mosby; 1995.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 1996; 16 set.
11. Gonçalves LHT, Schier J. "Grupo aqui e agora" uma tecnologia leve de ação sócio-educativa de enfermagem. Texto Contexto Enfermagem 2005; 14(2): 271-9.
12. Milhomem ACM, Mantelli FF, Lima GAV, Bachion MM, Munari BM. Diagnósticos de enfermagem identificados em pessoas com diabetes tipo 2 mediante abordagem baseada no Modelo de Orem. [Internet] 2008 [Acesso em 2011 set 4]; 10 (2).
13. Almeida AJPS, Rodrigues VMCP. The quality of life of aged people living in homes for the aged. Rev Lat Am Enfermagem 2008; 16 (6): 1025-1031.
14. Araujo CLO, Ceolim MF. Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência. Rev Esc. Enfermagem USP 2010; 4(3): 619-26.
15. Davim RMB, et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. Rev Lat Am Enfermagem 2004; 12(3): 518-24.
16. Dias IG. A institucionalização asilar na percepção do idoso e de sua família: o estudo do "Lar dos Velhinhos". [dissertação]. Viçosa. Universidade Federal de Viçosa; 2007.
17. Araújo SSC, et al. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. Interface 2006; 10(19): 203-16.
18. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
19. Quintão MG, Oliveira SAS, Guedes HM. Incontinência fecal: perfil dos idosos residentes na cidade de Rio Piracicaba-MG. Rev Bras Geriatr Gerontol 2010; 13(2): 191-201.
20. Benedetti TRB, Gonçalves LHT, Mota JAPS. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. Texto Contexto Enferm 2007 jul-set; 16(3): 387-98.
21. Salgado CDS. Mulher Idosa: a feminização da velhice. Estud Interdiscip Envelhec 2002; 15(4): 7-19.
22. Espitia AZ, Martins JJ. Relações afetivas entre idosos institucionalizados e família: encontros e desencontros. Arquivos Catarinenses de Medicina 2006; 35(1): 52-9.
23. Souza AC, et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. Rev Gaúcha Enferm 2005; 26(2): 147-53.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília; 2002. (Série B. Textos básicos em saúde).

Recebido: 12/12/2011

Revisado: 16/8/2012

Aprovado: 30/8/2012