

Enferm Bras 2020;19(5):381-93
<https://doi.org/10.33233/eb.v19i5.3968>

ARTIGO ORIGINAL

Capacidade de autocuidado de pessoas idosas hospitalizadas

José Vitor da Silva, D.Sc.*, Rogério Donizeti Reis, M.Sc.**

*Enfermeiro, Docente na Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT), **Fisioterapeuta e Enfermeiro, Docente na Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT)

Recebido em 11 de março de 2020; aceito em 20 de outubro de 2020.

Correspondência: Rogério Donizeti Reis, Rua Ana Campos Gonçalves, 69, Santa Luzia, 37503-172 Itajubá/MG

José Vitor da Silva: enfjvitorsilva2019@gmail.com
Rogério Donizeti Reis: rogerioreisfisio@yahoo.com.br

Resumo

Introdução: Capacidade de autocuidado no envelhecimento também pressupõe conhecimento, habilidade e experiência para prevenção, promoção de saúde, recuperação e reabilitação. **Objetivos:** Identificar as características sociodemográficas e de saúde de pessoas idosas hospitalizadas e avaliar as capacidades de autocuidado. **Métodos:** Abordagem quantitativa, tipo descritivo e transversal. A amostra foi de 200 pessoas idosas hospitalizadas com 70 anos ou mais de ambos os sexos. A amostragem foi não probabilística por conveniência. Utilizaram-se dois instrumentos: 1) Caracterização de fatores condicionantes básicos e de saúde de pessoas idosas e 2) Escala para avaliação das capacidades de autocuidado. **Resultados:** Encontrou-se que 56% eram do sexo feminino; a média de idade foi 78,8 anos (DP = 6,2); 47,5% tinham ensino fundamental incompleto; 37,5% eram casados; 72% eram católicos; 72,5% residiam com a família; 80% tinham filhos; 78% eram aposentados; 61,5% recebiam menos de um salário mínimo; 45,5% avaliaram sua saúde como boa; 48% portavam doença cardiovascular; 72,5% não apresentaram incapacidade física e 70,5% não realizavam atividades físicas. As capacidades de autocuidado apresentaram média de 103,1 (DP = 10,05) e mediana = 105. **Conclusão:** Apesar da hospitalização, as capacidades de autocuidado das pessoas idosas foram classificadas “muito boas”.

Palavras-chave: idoso, hospitalização, autocuidado.

Abstract

Self-care capacity of hospitalized elderly people

Introduction: Self-care capacity along aging also implies knowledge, skill and experience for prevention, health raise, recovery and rehabilitation. **Aims:** To identify the sociodemographic and health features of hospitalized elderly people and to assess self-care skills. **Methods:** Quantitative, descriptive and transversal approaches. The trial consisted of 200 hospitalized elderly people at the age of 70 or more for both sexes. The trial was non-probabilistic for convenience. Two means were used: 1) Characterization of basic conditioning factors and health of elderly people and 2) Range for assessing self-care skills. **Results:** It was found that 56% were female; the average age was 78.8 years old (SD = 6.2); 47.5% had incomplete elementary education; 37.5% were married; 72% were Catholic; 72.5% lived with their families; 80% had children; 78% were retired; 61.5% received less than a minimum wage; 45.5% rated their health as good; 48% had cardiovascular disease; 72.5% did not have physical disability and 70.5% did not perform physical activities. Self-care abilities had an average of 103.1 (SD = 10.05) and median of 105. **Conclusion:** Despite hospitalization, the self-care abilities of elderly people were rated as “very good”.

Keywords: elderly, hospitalization, self-care.

Resumen

Capacidad de autocuidado de personas mayores hospitalizadas

Introducción: Capacidad de autocuidado en el envejecimiento también supone conocimiento, habilidad y experiencia para la prevención, promoción de la salud, recuperación y habilitación.

Objetivo: Identificar las características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores hospitalizados y evaluar las capacidades de autocuidado. **Métodos:** Abordaje cuantitativo, tipo descriptivo y transversal. La muestra fue de 200 adultos mayores con 70 años o más de ambos los sexos. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se utilizaron dos instrumentos: 1) Caracterización de los factores condicionantes básicos y de salud de adultos mayores y 2) Escala para evaluar las capacidades de autocuidado. **Resultados:** Se encontró que el 56% eran mujeres; la media de la edad correspondió a 78,8 años (DS = 6,2); el 47,5% tenía enseñanza fundamental incompleta; el 37,5% eran casados; el 72% eran católicos; el 72,5% residían con la familia, el 80% tenía hijos; el 78% eran jubilados; el 61,5% recibían bajo un salario mínimo; el 47,5% evaluaran su salud como "buena"; el 48% eran portadores enfermedades cardiovasculares; el 72,5% no presentarían incapacidades físicas y el 70,5% no realizaban actividades físicas. Las capacidades de autocuidado presentaron media =103,1 (DS=10,05) y mediana =105. **Conclusión:** Los adultos mayores, a pesar de la hospitalización, sus capacidades de autocuidado fueron consideradas muy "buenas".

Palabras-clave: adulto mayor, hospitalización, autocuidado.

Introdução

O autocuidado é um conceito abrangente, relacionado com as ações que as pessoas realizam individualmente, com o objetivo de preservar a saúde e/ ou prevenir a doença. O autocuidado é a chave dos cuidados de saúde e é visto como uma orientação subjacente à atividade do enfermeiro e que a distingue de outras disciplinas. Pode-se afirmar que, por meio das ações de autocuidado, são implementadas intervenções de promoção da saúde orientadas para a prática de cuidados de enfermagem [1].

O autocuidado tornou-se um elemento essencial da ciência de enfermagem porque torna a pessoa agente do seu cuidado, responsabilizando-a e tornando-a comprometida com a vida e a saúde [2].

A Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado (TEDA) de Orem está constituída por outras três teorias que são as seguintes: 1) Teoria do Autocuidado; Teoria do Déficit de Autocuidado e 3) Teoria do Sistema de Enfermagem. Cada uma dessas teorias têm os seus conceitos próprios, porém, o agrupamento desses conceitos constituiu outra perspectiva que deu origem à TEDA. Mediante isso, essa Teoria é mais abrangente, porque envolve os propósitos das outras três teorias, mencionadas anteriormente [3].

Antes de se descrever sobre a TEDA, é imprescindível o entendimento sobre o conceito de autocuidado, que é a essência da mencionada teoria, assim como das outras que a constituem. O autocuidado é um processo aprendido, é uma prática da pessoa para si mesma e desenvolvida por ela mesma [3]. Nesta prática, o indivíduo deve ser livre para aceitar, aprender, utilizar ou rejeitar o que lhe é oferecido, pedir ajuda, obter informações sobre si mesmo e, se desejar, para deixar o hospital/instituição de saúde. Então, a essência do objetivo do autocuidado é o autocontrole, a liberdade, a responsabilidade do indivíduo e a busca pela melhoria de sua qualidade de vida. O autocuidado é a prática de atividades executadas pelos indivíduos, em próprio benefício, para manutenção da vida, saúde e bem-estar.

É o cuidado que indivíduos requerem a cada dia para regularizar seu próprio funcionamento e desenvolvimento. A prática desse cuidado pelo paciente é possibilitada pelo enfermeiro, por intermédio da educação em saúde, que o conduz à aderência às condutas preventivas e terapêuticas, tornando-o agente de autocuidado [3].

No presente trabalho, será adotado o conceito de capacidade de autocuidado. O termo capacidades significa, no contexto da TEDA, aquilo que a pessoa é capaz de realizar por si e para si própria. Do ponto de vista do conceito, refere-se ao conhecimento, habilidade e experiência que as pessoas precisam obter para a realização do autocuidado. O termo agente (agência) de autocuidado implica o poder da pessoa em comprometer-se com o autocuidado; é utilizado como empoderamento, competência ou capacidade da pessoa para exercer o autocuidado, agenciá-lo. É uma ação deliberada, na qual o cliente precisa tomar uma decisão, fazer uma livre escolha entre cuidar-se ou permanecer como está [3].

As capacidades de autocuidado podem ser investigadas em relação ao seu desenvolvimento, operabilidade e adequação. O desenvolvimento é definido em relação aos tipos de ações de autocuidado que os indivíduos podem realizar. A operabilidade é descrita em relação aos tipos de ações de autocuidado que os indivíduos realizam, de forma consciente e efetiva. A adequação é determinada, quando se compara o tipo de ações de autocuidado que as pessoas podem realizar e o tipo de autocuidado requerido, para satisfazer a demanda existente

ou projetada de autocuidado terapêutico. Com o passar dos anos de vida, as pessoas vão adquirindo conhecimento sobre o que devem e como podem realizar o seu autocuidado, por exemplo, conhecimento a respeito da ingestão de água e alimentação.

Por outro lado, a operabilidade é aquilo que as pessoas, realmente, realizam de forma deliberada em prol do seu autocuidado. Ex.: quantidade e tipo (potável ou não) de água que ingerem durante o dia; tipo de alimentação e ingestão de alimentos, de acordo com os princípios nutritivos. A adequação é a comparação entre as necessidades de ingestão de água e de alimentação que a pessoa requer com as suas capacidades ou condições de atender a essas necessidades, ou seja, ela é capaz de realizá-las? [3].

O desenvolvimento e a operabilidade das capacidades de autocuidado podem ser afetados, entre outros fatores, pela cultura, experiência de vida, estado de saúde, padrões de vida, doenças, sistema familiar, idade, gênero e escolaridade. Uma pessoa com o potencial de satisfazer às necessidades de saúde é conhecida como agente de autocuidado. Cada agente de autocuidado tem requerimentos para satisfazer as necessidades de saúde de natureza universal, etapa de desenvolvimento e de desvio de saúde. A capacidade do indivíduo para se engajar em ações de autocuidado foi denominada de self-care agency. É o poder de tornar-se agente do seu autocuidado e desenvolver-se no processo de viver, o dia a dia, por meio de um processo espontâneo de aprendizagem [3].

Orem [3] assinala um conceito periférico, que são os fatores condicionantes básicos, que está formado por 10 fatores, que se dividem em internos ou intrínsecos: 1) Idade; 2) Sexo; 3) Estado de desenvolvimento e 4) Estado de saúde. E externos ou extrínsecos: 1) orientação sociocultural; 2) fatores do sistema de saúde; 3) fatores do sistema família; 4) padrão de vida; 5) fatores ambientais e 6) disponibilidade e adequação de recursos. Todos os conceitos centrais, secundários e periféricos, estão inter-relacionados com a finalidade de promover a vida, saúde e bem-estar (qualidade de vida).

Para este estudo, foram selecionados os seguintes fatores condicionantes básicos: 1) intrínsecos: sexo, idade, escolaridade, estado conjugal, religião, estado de saúde, incapacidade física, atividade física, doenças crônicas e hábitos de vida; 2) extrínsecos: fonte de renda, salário, uso de medicamento e uso de recursos físicos.

O ser humano, no contexto de sua vida, passa por diversos ciclos, sendo um deles o envelhecimento que, devido à sua natureza, deve ser alicerçado e ancorado pelo autocuidado. Entretanto, torna-se essencial entender o processo de envelhecimento nos seus aspectos e dimensões, para que seja subsidiado pelo autocuidado.

O idoso tem particularidades bem conhecidas: doenças crônicas e fragilidades, mais custos, menos recursos sociais e financeiros. Envelhecer, ainda que sem doenças crônicas, envolve alguma perda funcional. Com tantas situações adversas, o cuidado do idoso deve ser estruturado [4].

O crescente aumento do número de idosos no país nos desperta para a capacidade do autocuidado do idoso, o que gera impacto no enfrentamento e no desenvolvimento das atividades. Uma vez que o processo de envelhecimento é um fenômeno inevitável e que o número de idosos no Brasil tem aumentado dia após dia, a manutenção da capacidade do autocuidado torna-se um dos desafios atuais no campo de estudo de saúde do idoso.

O processo de envelhecimento pode ser dividido em duas fases: a primária e a secundária. A fase primária é definida como um processo pessoal, natural, gradual que se caracteriza por uma diminuição das "aptidões e capacidades, tanto físicas como mentais", o qual se encontra relacionado com o código genético de cada um. Na secundária, o envelhecimento/processo "patológico" ocorre de forma imprevisível e as causas são diversas (determinadas por doenças ou lesões, fortemente relacionadas com alterações ambientais) e suas manifestações vivenciadas de forma distinta pelo ser humano [5]. Há uma terceira fase do processo de envelhecimento, denominada de terciária, também chamada de terminal, que é caracterizada pelo acúmulo de patologias próprias da idade. É, portanto, o período de declínio acentuado das funções físicas e cognitivas [6].

O envelhecer deve aproximar-se da funcionalidade global, essa, por sua vez, é definida como a capacidade que o indivíduo possui de gerenciar sua vida, ou de cuidar de si próprio [7]. A capacidade funcional deve encaminhar o cuidado ao idoso, o qual visa a sua autonomia e independência. A autonomia pode ser definida como a capacidade do indivíduo em tomar decisões, enquanto a independência, a capacidade de realizar algo pelos próprios meios.

Atualmente, o número de idosos no Brasil ultrapassa 30 milhões, e os idosos acima de 60 anos formam o grupo que mais cresceu na última década, representando 12,1% da população

brasileira, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios [8].

A tendência de envelhecimento populacional fica ainda mais clara ao se observar que o grupo de idosos de 60 anos ou mais de idade será maior que o grupo de crianças com até 14 anos de idade após 2030 e, em 2055, a participação de idosos na população total será maior que a de crianças e jovens com até 29 anos de idade [9].

Nesse contexto os objetivos deste estudo foram: identificar as características sociodemográficas e de saúde de pessoas idosas hospitalizadas e avaliar a capacidade de autocuidado de pessoas idosas hospitalizadas.

Material e métodos

O presente estudo foi de abordagem quantitativa do tipo descritivo e transversal. Os participantes do estudo foram pessoas idosas a partir de 70 anos tanto do sexo masculino quanto do feminino, que se encontravam hospitalizadas no Hospital das Clínicas Samuel Libânio, Pouso Alegre, Minas Gerais. A coleta foi realizada em diversas unidades de internação tais como: clínica médica, cirúrgica, cardiologia, neurologia e nefrologia, no período de março a julho de 2018 pelo primeiro autor do estudo. A amostragem foi não probabilística por conveniência. A amostra constituiu-se de 200 pessoas idosas, que se encontrava em regime de hospitalização pelos mais diversos motivos.

Os critérios de inclusão para a participação do estudo foram: possuir capacidade cognitiva e de comunicação verbal preservada, tendo sido identificada por meio da aplicação do instrumento de Avaliação Mental que se encontra na parte de descrição dos instrumentos e estar hospitalizado, no mínimo, há 72 horas. Justifica-se esse critério para encontrar pacientes mais adaptados à realidade hospitalar e supostamente mais tranquilo.

Já os critérios de não inclusão foram: pessoas idosas com impossibilidade clínicas de responder aos instrumentos; estar em situação de fragilidade ou debilidade e sem condições físicas ou mentais para responder o estudo.

Os critérios de exclusão foram: instrumentos preenchidos incorretamente e instrumentos com questões não preenchidas. Os instrumentos selecionados para a investigação foram:

1) Questionário de avaliação mental: adaptado para a cultura brasileira e validado por Venturi e Bortino [10]. Consiste em 10 perguntas que analisam basicamente a orientação têmporo-espacial e a memória para os fatos tardios, possibilitando avaliar se a pessoa idosa sofre ou não de uma síndrome mental orgânica. O respondente deve acertar no mínimo sete do total das 10 perguntas. É de domínio público.

2) Instrumento de caracterização dos fatores condicionantes básicos de pessoas idosas: baseando-se no conceito dos fatores condicionantes básicos e de saúde de pessoas idosas formada por questões relacionadas com sexo, idade, escolaridade, estado civil, saúde e outras, elaborada por Silva [11].

3) Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (EACAC) adaptado à cultura brasileira e validado por Silva e Domingues [2]. Esta constituída por 24 itens e sem dimensão alguma, tendo como opção de resposta os seguintes reativos: discordo totalmente (1 ponto); discordo (2 pontos); nem concordo nem discordo (3 pontos); concordo (4 pontos) e concordo totalmente (5 pontos). A pontuação mínima é de 24 e a máxima de 120 pontos. Quanto mais próximo de 120 pontos, melhores as capacidades de autocuidado e, quanto mais próximo de 24, piores estarão as capacidades de autocuidado (ponto de corte: 81,6 a 100,8).

Utilizou-se a estatística descritiva para as variáveis categóricas (frequência absoluta e relativa) e para as variáveis contínuas ou numéricas (média, mediana, desvio padrão, valor mínimo, máximo e amplitude). Da estatística inferencial utilizou-se para avaliar a consistência interna da EACAC o teste de alfa de Cronbach.

Elaborou-se um banco de dados no programa computacional SPSS no qual foram inseridas todas as variáveis do estudo. Utilizou-se a estatística descritiva para tratamento das variáveis categóricas (frequência e percentagem) e das variáveis contínuas ou numéricas (média, mediana, desvio padrão, valor mínimo e máximo, assim como a amplitude).

Da estatística inferencial utilizou-se o teste de alfa de Cronbach para avaliação da consistência interna da EACAC, sendo seu ponto de corte igual a 0,7. Escalas com valores inferiores a esse não são confiáveis porque não medem o fenômeno a que se propõe [12].

Esta pesquisa seguiu os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/12, de dezembro de 2012 e foi aprovado de acordo com o Parecer Consubstanciado número 2.734.851 do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS), Pouso Alegre/MG.

Resultados

Os resultados são apresentados em duas etapas distintas: primeiramente abordam-se as características sociodemográficas, de saúde e atividades e incapacidades físicas dos participantes do estudo, e posteriormente os dados relativos sobre a capacidade de autocuidado (tabelas I e VI) são apresentados.

Características sociodemográficas, de saúde e atividades e incapacidades físicas dos integrantes da pesquisa

Identificou-se que 56% eram do sexo feminino, a média de idade foi de 78,88 anos (DP = 6,208); 47,5% tinham ensino fundamental incompleto; 37,5% eram casados; 72,5% professavam a fé católica; 72,5% moravam com a família; 80% tinham filhos, 78% eram aposentados e 61,5% recebiam menos que um salário mínimo. No tocante à autoavaliação de saúde; 43,5% avaliaram sua saúde como “boa”; 77,5% informaram possuir doença crônica não transmissível e 48% referiram doença cardiovascular, 72,5% não apresentaram incapacidades físicas e 70,5% não realizavam atividades físicas.

Dados referentes à capacidade de autocuidado

Os resultados avaliativos das capacidades de autocuidado encontram-se na tabela I.

Tabela I - Capacidade de autocuidado das pessoas idosas hospitalizadas. Pouso Alegre/MG, 2018 (n=200).

Variável	Média	Desvio Padrão	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo	Amplitude
Capacidade de autocuidado	103,1	10,05	105	68	120	52

Fonte: EACAC.

Apresentam-se a seguir todos os itens da EACAC total com cada uma e de forma separada as opções de resposta (discordo totalmente, discordo, nem concordo e nem discordo, concordo e concordo totalmente) tabelas II e VI.

Tabela II - Itens da Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado respondidos mediante a opção: “Discordo Totalmente”.

Variáveis	Discordo Totalmente	
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1. Quando acontece qualquer tipo de alteração na minha vida, procuro fazer as mudanças necessárias para manter-me saudável.	7	0,58
2. Geralmente vejo se tudo aquilo que faço para manter minha saúde está certo.	18	1,50%
3. Quando tenho dificuldade para movimentar alguma parte do meu corpo, procuro dar um jeito para resolver o problema.	4	0,33%
4. Procuro manter limpo e saudável o lugar onde vivo.	1	0,08%
5. Quando necessário, tomo novas providencias para me manter saudável.	6	0,50%
6. Sempre que posso, eu cuido de mim.	2	0,17%
7. Procuro as melhores maneiras de cuidar de mim.	5	0,42%
8. Tomo banho, sempre que necessário, para manter a minha higiene.	2	0,17%
9. Procuro alimentar-me de maneira a manter meu peso certo.	137	11,42%
10. Quando necessário, reservo um tempo para estar comigo mesmo.	30	2,50%
11. Sempre que posso, faço ginástica e descanso no meu dia a dia.	136	11,33%
12. Com o passar dos anos, fiz amigos com quem posso contar.	44	3,67%
13. Geralmente, durmo o suficiente para me sentir descansado.	38	3,17%

14.	Quando recebo informações sobre minha saúde, faço perguntas para esclarecer aquilo que não entendo.	31	2,58%
15.	De tempos em tempos, examino o meu corpo para ver se há alguma diferença.	43	3,58%
16.	Se tomo um remédio novo, procuro informar-me se ele causa algum mal-estar.	52	4,33%
17.	No passado, mudei alguns dos meus antigos costumes para melhorar a minha saúde.	62	5,17%
18.	Normalmente, tomo providências para manter a minha segurança e a de minha família.	12	1,00%
19.	Costumo avaliar se as coisas que faço para me manter saudável têm dado bom resultado.	17	1,42%
20.	No meu dia a dia geralmente, encontro tempo para cuidar de mim mesmo.	16	1,33%
21.	Se tenho algum problema de saúde, sei conseguir informações para resolvê-lo.	8	0,67%
22.	Procuro ajuda quando não tenho condições de cuidar de mim mesmo.	16	1,33%
23.	Eu sempre acho tempo para mim mesmo.	22	1,83%
24.	Mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do meu corpo, geralmente consigo me cuidar como eu gostaria.	22	1,83%

Fonte: EACAC

Os itens “9 - Alimento-me para manter o peso certo” e “11- sempre que posso faço ginástica durante o dia” obtiveram, respectivamente, 11,42% e 11,33%, consistindo em aqueles que mais comprometeram as capacidades de autocuidado.

Tabela III - Itens da Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado respondidos mediante a opção: “Discordo”.

Variáveis	Discordo	
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1. Quando acontece qualquer tipo de alteração na minha vida, procuro fazer as mudanças necessárias para manter-me saudável.	28	2,33%
2. Geralmente vejo se tudo aquilo que faço para manter minha saúde está certo.	33	2,75%
3. Quando tenho dificuldade para movimentar alguma parte do meu corpo, procuro dar um jeito para resolver o problema.	24	2,00%
4. Procuro manter limpo e saudável o lugar onde vivo.	5	0,42%
5. Quando necessário, tomo novas providencias para me manter saudável.	27	2,25%
6. Sempre que posso, eu cuido de mim.	23	1,92%
7. Procuro as melhores maneiras de cuidar de mim.	27	2,25%
8. Tomo banho, sempre que necessário, para manter a minha higiene.	5	0,42%
9. Procuro alimentar-me de maneira a manter meu peso certo.	116	9,67%
10. Quando necessário, reservo um tempo para estar comigo mesmo.	49	4,08%
11. Sempre que posso, faço ginástica e descanso no meu dia a dia.	175	14,58%
12. Com o passar dos anos, fiz amigos com quem posso contar.	77	6,42%
13. Geralmente, durmo o suficiente para me sentir descansado.	98	8,17%
14. Quando recebo informações sobre minha saúde, faço perguntas para esclarecer aquilo que não entendo.	49	4,08%
15. De tempos em tempos, examino o meu corpo para ver se há alguma diferença.	89	7,42%
16. Se tomo um remédio novo, procuro informar-me se ele causa algum mal-estar.	92	7,67%
17. No passado, mudei alguns dos meus antigos costumes para melhorar a minha saúde.	102	8,50%
18. Normalmente, tomo providências para manter a minha segurança e a de minha família.	19	1,58%
19. Costumo avaliar se as coisas que faço para me manter saudável têm dado bom resultado.	35	2,92%
20. No meu dia a dia geralmente, encontro tempo para cuidar de mim mesmo.	29	2,42%
21. Se tenho algum problema de saúde, sei conseguir informações para resolvê-lo.	29	2,42%
22. Procuro ajuda quando não tenho condições de cuidar de mim mesmo.	37	3,08%

23.	Eu sempre acho tempo para mim mesmo.	38	3,17%
24.	Mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do meu corpo, geralmente consigo me cuidar como eu gostaria.	38	3,17%

Fonte: EACAC

Os itens “9- Alimento-me para manter o peso certo” e “11- sempre que posso, faço ginástica e descanso no meu dia a dia” alcançaram os valores 9,67% e 14,58%, caracterizando aqueles que mais comprometeram as capacidades de autocuidado das pessoas idosas hospitalizadas.

Tabela IV - Itens da Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado respondidos mediante a opção: “Nem concordo nem discordo”.

Variáveis	Nem Concordo Nem Discordo	
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1. Quando acontece qualquer tipo de alteração na minha vida, procuro fazer as mudanças necessárias para manter-me saudável.	58	4,83%
2. Geralmente vejo se tudo aquilo que faço para manter minha saúde está certo.	76	6,33%
3. Quando tenho dificuldade para movimentar alguma parte do meu corpo, procuro dar um jeito para resolver o problema.	84	7,00%
4. Procuro manter limpo e saudável o lugar onde vivo.	42	3,50%
5. Quando necessário, tomo novas providencias para me manter saudável.	52	4,33%
6. Sempre que posso, eu cuido de mim.	55	4,58%
7. Procuro as melhores maneiras de cuidar de mim.	69	5,75%
8. Tomo banho, sempre que necessário, para manter a minha higiene.	24	8,99%
9. Procuro alimentar-me de maneira a manter meu peso certo.	141	11,75%
10. Quando necessário, reservo um tempo para estar comigo mesmo.	108	9,00%
11. Sempre que posso, faço ginástica e descanso no meu dia a dia.	109	9,08%
12. Com o passar dos anos, fiz amigos com quem posso contar.	100	8,33%
13. Geralmente, durmo o suficiente para me sentir descansado.	108	9,00%
14. Quando recebo informações sobre minha saúde, faço perguntas para esclarecer aquilo que não entendo.	82	6,83%
15. De tempos em tempos, examino o meu corpo para ver se há alguma diferença.	105	8,75%
16. Se tomo um remédio novo, procuro informar-me se ele causa algum mal-estar.	109	9,08%
17. No passado, mudei alguns dos meus antigos costumes para melhorar a minha saúde.	115	9,58%
18. Normalmente, tomo providências para manter a minha segurança e a de minha família.	71	5,92%
19. Costumo avaliar se as coisas que faço para me manter saudável têm dado bom resultado.	78	6,50%
20. No meu dia a dia geralmente, encontro tempo para cuidar de mim mesmo.	81	6,75%
21. Se tenho algum problema de saúde, sei conseguir informações para resolvê-lo.	81	6,75%
22. Procuro ajuda quando não tenho condições de cuidar de mim mesmo.	66	5,50%
23. Eu sempre acho tempo para mim mesmo.	85	7,08%
24. Mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do meu corpo, geralmente consigo me cuidar como eu gostaria.	145	12,08%

Fonte: EACAC

Os itens “9- Alimento-me para manter o peso certo” e “24- Mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do meu corpo, geralmente consigo me cuidar como eu gostaria”, mostraram, respectivamente, valores iguais a 11,75% e 12,08%, sendo duvidosos em relação às capacidades de autocuidado para os participantes do estudo.

Tabela V - Itens da Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado respondidos mediante opção: "Concordo".

Variáveis	Concordo	
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1. Quando acontece qualquer tipo de alteração na minha vida, procuro fazer as mudanças necessárias para manter-me saudável.	455	37,92%
2. Geralmente vejo se tudo aquilo que faço para manter minha saúde está certo.	446	37,17%
3. Quando tenho dificuldade para movimentar alguma parte do meu corpo, procuro dar um jeito para resolver o problema.	421	35,08%
4. Procuro manter limpo e saudável o lugar onde vivo.	276	23,00%
5. Quando necessário, tomo novas providências para me manter saudável.	378	32,25%
6. Sempre que posso, eu cuido de mim.	357	29,75%
7. Procuro as melhores maneiras de cuidar de mim.	351	29,25%
8. Tomo banho, sempre que necessário, para manter a minha higiene.	267	22,25%
9. Procuro alimentar-me de maneira a manter meu peso certo.	293	24,42%
10. Quando necessário, reservo um tempo para estar comigo mesmo.	381	31,75%
11. Sempre que posso, faço ginástica e descanso no meu dia a dia.	299	24,92%
12. Com o passar dos anos, fiz amigos com quem posso contar.	265	22,08%
13. Geralmente, durmo o suficiente para me sentir descansado.	306	25,50%
14. Quando recebo informações sobre minha saúde, faço perguntas para esclarecer aquilo que não entendo.	390	32,50%
15. De tempos em tempos, examino o meu corpo para ver se há alguma diferença.	360	30,00%
16. Se tomo um remédio novo, procuro informar-me se ele causa algum mal-estar.	364	30,33%
17. No passado, mudei alguns dos meus antigos costumes para melhorar a minha saúde.	341	28,42%
18. Normalmente, tomo providências para manter a minha segurança e a de minha família.	346	28,83%
19. Costumo avaliar se as coisas que faço para me manter saudável têm dado bom resultado.	421	35,08%
20. No meu dia a dia geralmente, encontro tempo para cuidar de mim mesmo.	376	31,33%
21. Se tenho algum problema de saúde, sei conseguir informações para resolvê-lo.	387	32,25%
22. Procuro ajuda quando não tenho condições de cuidar de mim mesmo.	380	31,67%
23. Eu sempre acho tempo para mim mesmo.	408	34,00%
24. Mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do meu corpo, geralmente consigo me cuidar como eu gostaria.	359	29,92%

Fonte: EACAC

Observou-se que os itens "1- Quando acontece qualquer tipo de alteração na minha vida, procuro fazer as mudanças necessárias para manter-me saudável e "2- Com o passar dos anos, fiz amigos com quem posso contar", assumiram de forma respectiva as seguintes percentagens: 37,92% e 22,08%", sendo esses o que mais contribuíram com as capacidades de autocuidado na opção "concordo".

Tabela VI - Itens da Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado respondidos mediante a opção: "Concordo Totalmente".

Variáveis	Concordo Totalmente	
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
1. Quando acontece qualquer tipo de alteração na minha vida, procuro fazer as mudanças necessárias para manter-me saudável.	652	54,33%
2. Geralmente vejo se tudo aquilo que faço para manter minha saúde está certo.	627	52,25%
3. Quando tenho dificuldade para movimentar alguma parte do meu corpo, procuro dar um jeito para resolver o problema.	667	55,58%
4. Procuro manter limpo e saudável o lugar onde vivo.	876	73,00%
5. Quando necessário, tomo novas providências para me manter saudável.	737	61,42%
6. Sempre que posso, eu cuido de mim.	763	63,58%
7. Procuro as melhores maneiras de cuidar de mim.	748	62,33%
8. Tomo banho, sempre que necessário, para manter a minha higiene.	902	75,17%

9.	Procuro alimentar-me de maneira a manter meu peso certo.	513	42,75%
10.	Quando necessário, reservo um tempo para estar comigo mesmo.	632	52,67%
11.	Sempre que posso, faço ginástica e descanso no meu dia a dia.	481	40,08%
12.	Com o passar dos anos, fiz amigos com quem posso contar.	714	59,50%
13.	Geralmente, durmo o suficiente para me sentir descansado.	650	54,17%
14.	Quando recebo informações sobre minha saúde, faço perguntas para esclarecer aquilo que não entendo.	648	54,00%
15.	De tempos em tempos, examino o meu corpo para ver se há alguma diferença.	603	50,25%
16.	Se tomo um remédio novo, procuro informar-me se ele causa algum mal-estar.	583	48,58%
17.	No passado, mudei alguns dos meus antigos costumes para melhorar a minha saúde.	580	48,33%
18.	Normalmente, tomo providências para manter a minha segurança e a de minha família.	752	62,67%
19.	Costumo avaliar se as coisas que faço para me manter saudável têm dado bom resultado.	649	54,08%
20.	No meu dia a dia geralmente, encontro tempo para cuidar de mim mesmo.	698	58,17%
21.	Se tenho algum problema de saúde, sei conseguir informações para resolvê-lo.	695	57,92%
22.	Procuro ajuda quando não tenho condições de cuidar de mim mesmo.	701	58,42%
23.	Eu sempre acho tempo para mim mesmo.	647	53,92%
24.	Mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do meu corpo, geralmente consigo me cuidar como eu gostaria.	636	53,00%

Fonte: EACAC

Os itens “8- Tomo banho, sempre que necessário, para manter a minha higiene” e “11- Sempre que posso, faço ginástica e descanso no meu dia a dia”, foram identificados com os valores 75,17% e 40,88% respectivamente, evidenciado aqueles que mais contribuiram com as capacidades de autocuidado em toda a EACAC.

Finalmente verificou-se a consistência interna da EACAC, por meio do alfa de Cronbach, pois, segundo Pasquale [12], é recomendável a realização desse procedimento em todos os estudos que se utilizam escalas de medida, independentemente da sua validação, pois esse procedimento tem duas finalidades: 1) apresentar a confiabilidade da Escala referente ao estudo realizado imediatamente e 2) mostrar a evolução de consistência interna da mesma ao longo das pesquisas realizadas. Esse dado é muito significativo para o autor que a validou, que sempre procura esse resultado nos estudos que utilizam seu instrumento. No presente estudo, a EACAC obteve alfa de Cronbach = 0,816, sendo seu ponto de corte correspondente a 0,70.

Discussão

Pode-se afirmar que em geral as características sociodemográficas, familiares e de saúde da amostra estudada, assemelham-se ao perfil da população de estudo de pessoas idosas hospitalizadas de estudos anteriores realizados no Brasil [13] e em outros países [14]. Predominaram mulheres, na faixa etária de 78 anos de idade, na sua maioria casada, baixa escolaridade (primeiro grau incompleto), católicas, aposentadas, ganhando menos de um salário mínimo, vivendo em companhia dos familiares, sedentárias e sem incapacidades físicas. A seguir se discutirá cada uma dessas características para sua melhor compreensão.

No último censo da população brasileira, foi apresentado o predomínio do sexo feminino em relação ao masculino. Esta situação é uma realidade bastante antiga [15]. Em alguns países da América latina essa diferença ainda é maior. No México, por exemplo, a expectativa de vida de um homem ao nascer é de 74 anos, enquanto as mulheres podem viver 79,2 anos. No Brasil essa diferença se repete. Os motivos dessas diferenças ainda carecem de muitos estudos, que são de natureza muito complexa [16]. A Organização Mundial de Saúde (OMS) [17] menciona que além dos fatores intrínsecos, as mulheres buscam mais cuidar-se de si mesmas do que os homens. O fato de, até então, ser a cuidadora da família, participando das práticas de saúde com os filhos e até mesmo como cuidadora familiar, ela se capacita melhor para o autocuidado da saúde e esse poderá ser um fator importante.

Por outro lado, o IBGE [15] informa que estimativas revelam o aumento de anos de vida do brasileiro. A partir dos 60 anos de idade, o homem poderá viver mais 20,2 anos, em média,

enquanto as mulheres em virtude de sua maior sobrevivência e devido a outros fatores internos e externos poderão viver 23,8 anos.

Diante do que foi exposto deduz-se que não só os números de mulheres são superiores ao dos homens, mas também a longevidade delas é maior. Para melhor compreensão e fundamentação, dessa realidade, são necessários estudos de diversas naturezas, pois só, assim, se poderá discutir esse fato de maior propriedade. Nesta pesquisa, a média de idade foi superior a 78 anos e quando comparado com outros estudos mostrou-se superior [18,19].

No último censo da população brasileira, a taxa de analfabetismo de pessoas idosas alcançou o valor de 26,2% [15]. Os resultados encontrados [18-22] vieram de encontro com este estudo quando categoricamente 47,5% dos entrevistados possuíam ensino fundamental incompleto. Essa taxa quando comparada com outros estudos brasileiros foi coincidente. Essa baixa escolaridade, entre outros fatores, pode estar relacionada com as desigualdades sociais do início do século XX, época em que essas pessoas idosas deveriam estar frequentando escolas, mas que era difícil para elas pela necessidade de trabalhar para ajudar na renda familiar e por serem mulheres [19].

O estado civil “viúvo”, entre as pessoas idosas, está progressivamente cedendo espaço aos “casados”. Isto pode estar relacionado ao aumento da longevidade oportunizando ao casal mais anos de manter-se casados [19]. Outro fator que pode estar associado à extensão desse estado conjugal, é o aumento do número de casamentos entre pessoas idosas e viúvas. Levantamento realizado pelo IBGE mostrou-se que se casaram mais de 38.700 homens viúvos com mais de 60 anos em 2014. No ano de 2015, foram celebrados 611 casamentos entre pessoas idosas viúvas. Está confirmando também que os homens idosos viúvos se casam mais quando comparados com as mulheres [15].

Os dados referentes à percepção do estado de saúde apresentaram-se a definição “boa”, também as pessoas idosas informaram que não realizavam atividades físicas, mantendo o sedentarismo, assim como eram portadores de doenças cardiovasculares. Esses dados coincidiram com alguns trabalhos, tais como: Borges *et al.* [23] que realizou um trabalho intitulado “A autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul, no qual 47.820 dos respondentes idosos perceberam sua saúde como “boa”, 51,40% não realizavam atividades físicas e 73,35% portavam doenças cardiovasculares, sendo a hipertensão arterial sistêmica a mais prevalente (56,22%). Dias *et al.* [24] comentam que, muitas vezes, as pessoas idosas, na sua grande maioria portadores de doenças crônicas não transmissíveis, não se percebem doentes porque realizam suas atividades de vida diária, quer seja básica, instrumentais ou avançadas. Para esse segmento social, se ele cumpre com as atividades do dia a dia, sempre considera sua saúde como “boa” e até muita boa”. A capacidade funcional é um indicador de saúde para essa população.

Embora as pessoas idosas deste estudo estivessem em regime de hospitalização quando entrevistados e fossem predominantemente portadoras das mais diversas doenças cardiovasculares, perceberam sua saúde como “boa” e não referiram algum tipo de incapacidade física. Os prováveis motivos desses resultados podem-se inferir que sejam devido ao fato de ainda realizar suas atividades diárias sendo as básicas e as instrumentais. Ainda que não realizassem atividades físicas, o que se pode justificar pela prevalência do tipo de doença crônica que requer certa limitação física, pode-se afirmar que elas estavam se autocuidando. Não se sentiam dependentes dos outros. Eram capazes de se autocuidar. Esta percepção é um indicador de estado percebido de boa saúde [24].

No que se refere à religião, a predominância dos entrevistados foi para a Religião Católica Apostólica e Romana. Essa religião sempre contou com a maioria de adeptos na realidade brasileira. Isto está presente desde o período pré-colonial, quando foi introduzida por missionários, que acompanhavam os colonizadores portugueses. Então, na dimensão religiosa, essa religião passou a integrar a vida dos brasileiros. É importante afirmar que a Igreja Católica exerce grande influência nos aspectos sociais, políticos e culturais dos brasileiros. As famílias, na sua grande maioria, desde o nascimento dos filhos, os educam nessa religião.

Ao analisar as capacidades de autocuidado, notou-se que se encontravam “muito boa”. Autocuidado de saúde representa muito mais do que a capacidade do indivíduo de “fazer coisas” por si e para si mesmo. Esse conceito se refere ao conjunto de ações que o ser humano desenvolve consciente e deliberadamente em seu benefício no sentido de promover e manter a vida, saúde e bem-estar [25]. A partir dessa concepção, Orem elaborou a Teoria de Enfermagem do Déficit de autocuidado, que é o substancial da Teoria de Orem, pois nela que se mostra quando a enfermagem é necessária. Um dos conceitos mais importantes dessa teoria é a capacidade de autocuidado, pois diversos estudos têm demonstrado que é um importante

construto no desenvolvimento e manutenção da saúde, assim como no controle das doenças. Capacidade de autocuidado é aquilo que a pessoa, neste caso, o ser idoso é capaz de realizar baseada no seu conhecimento, habilidades e experiências vivenciadas. Portanto, percebe-se que o autocuidado é um conceito abrangente, que se refere à competência da pessoa idosa no desempenho das suas atividades diárias referente à promoção e manutenção da saúde, tanto nas situações agudas quanto crônicas [26].

Na população de pessoas idosas estudadas, os motivos da hospitalização foram as seguintes: 1) cirurgia (colecistomias, histerectomias, colectomias, revascularização do miocárdio, osteossínteses de fêmur, artroplastias e herniorrafias; 2) clínico (insuficiência cardíaca congestiva, diabetes mellitus tipo 2 descompensada, obstrução venosa profunda de membros inferiores, infarto agudo do miocárdio e arritmia cardíaca. Do ponto de vista de autocuidado, pode-se afirmar que a prática da hospitalização para a resolutividade do problema de saúde e o equilíbrio (compensação) do problema crônico não transmissível pode ser entendida como ação e capacidade de autocuidado. Por outro lado, essas pessoas idosas encontravam-se capacitadas para a realização do autocuidado. Nesse contexto, Silva et al. [26] comentaram que o autocuidado é entendido como uma prática qualquer, no que tange a capacidade e a busca pela prevenção, promoção, recuperação e controle da saúde, assim como a reabilitação, frente a qualquer situação de comprometimento da saúde.

Para análise da EACAC total foram identificados os itens das opções: “discordo totalmente”; “concordo totalmente” com maiores frequências. Na opção “discordo totalmente”, itens que comprometeram as capacidades de autocuidado foram: 9- Alimentar-se para manter o peso e “11- Sempre que posso faço ginástica, descanso durante o dia”. Da opção “nem concordo nem discordo” sobressaíram os itens “9- alimentar-se para manter o peso” e “24- dificuldades para manter o corpo para cuidar como gostaria” e finalmente no tocante à opção “concordo totalmente” evidenciaram-se os itens: “8- tomar banho quantas vezes for necessário para manter a higiene” e “4- manter limpo e saudável o lugar onde se vive”.

Inferese que ter peso e mantê-lo adequadamente, assim como a realização de atividade física são capacidades de autocuidado muito exigentes que muitas vezes ultrapassam a disciplina e aspectos culturais. Por outro lado, muitas vezes, as atividades do dia a dia são confundidas como atividades ou exercício físicos. Associados a isto as doenças cardiovasculares crônicas podem ser impeditivas ao exercício ou atividade física. Ingerir dieta para estabelecimento do peso normal e a sua manutenção é ainda um desafio aos seres idosos [26].

Maciel [27] comenta que apesar do exercício físico ser um preditor de qualidade de vida, tem pouca aderência pelas pessoas idosas, inclusive como prática de autocuidado. De acordo com Campos *et al.* [19], a prática de dieta balanceada para controle e manutenção de peso como medida de autocuidado não tem adesão pelas pessoas idosas, embora saiba da sua necessidade e importância.

As opções que retratam dúvidas referem-se aos itens 9 que já foi discutido anteriormente e que se relaciona à manutenção do peso corporal adequado. O outro item é sobre a movimentação do corpo para cuidar-se como gostaria. Embora os participantes do estudo não tenham referido algum tipo sequer de incapacidade física, sabe-se que o processo fisiológico e o normal das funções dos membros superiores e inferiores se caracterizam por limitações e dificuldade de movimento como caminhar, subir e descer escadas, agachar-se, levantar-se da cama, da poltrona ou cadeira, assim como caminhar rapidamente. Como essas limitações ocorrem gradativamente podem trazer dúvidas quanto à capacidade de realização pela pessoa idosa [19]. Além disso, Campos *et al.* [19] comentam que as dificuldades de mobilidade das pessoas idosas têm relação com os aspectos clínicos e sociais, além do processo normal do envelhecimento.

Finalmente, o relativo “totalmente de acordo” foi opção de resposta aos dois itens que tratam da limpeza (higiene corporal e do ambiente) onde se vive. As mulheres idosas, quando ativas, são predominantemente “do lar”. Essa atividade se caracteriza, sobretudo, pela limpeza da casa e do seu entorno. Associado a isto é cultural a higiene corporal. Então se pode inferir que esses sejam os motivos que levaram as pessoas idosas a estarem totalmente acordadas com essas afirmações. Em um estudo de abordagem qualitativa realizado por Frota [28] sobre o autocuidado no envelhecimento com mulheres idosas obteve-se que o autocuidado na velhice deve envolver a higiene corporal diária, com um banho de chuveiro, troca diária de roupas unhas limpas e aparadas e se possível o uso de perfume discreto. Entretanto, a casa e o quintal também devem ser limpos diariamente e quando necessário.

Os integrantes do estudo, apesar de hospitalizados, retrataram a realização do autocuidado referente aos requisitos universais e de desenvolvimento da vida que compuseram

de acordo com sua elaboração, a EACAC nos seus 24 itens. Não abarcaram o conteúdo da referida escala o requisito de desvio da saúde que se refere às patologias e deficiência físicas e mentais ou outras situações de saúde [29].

Limitação do estudo

Como a adaptação cultural e validação da EACAC ocorreu em dezembro de 2017, ainda não foram realizados estudos sobre a avaliação das capacidades de autocuidado de pessoas idosas hospitalizadas e com isto não foi possível comparar outros estudos com os resultados desta pesquisa. A não realização da correlação das variáveis sociodemográficas, familiares e de saúde com as capacidades de autocuidado pode, também, ser considerado um aspecto limitante.

Conclusão

As pessoas idosas hospitalizadas por diversos motivos, tanto para tratamento clínico quanto cirúrgico para recuperação da saúde e para compensação de doenças crônicas não transmissíveis descompensadas apresentaram conceito “muito bom” de capacidades de autocuidado. Isso significa que estas pessoas se encontravam empoderadas ou capacitadas, apesar da variável interveniente “hospitalização” para a realização do autocuidado referente aos requisitos universais e de desenvolvimento da vida.

Nesse contexto, acredita-se que, por meio do presente trabalho, o autocuidado possa ser compreendido de forma mais ampla e vertical, eliminando-se a concepção míope de que a pessoa idosa na condição de hospitalização está destituída de capacidade para autocuidar-se.

Tal resultado torna este estudo inédito e proporciona, conforme mencionou-se anteriormente ao autocuidado outras concepções contribuindo, assim, para ampliação de conhecimentos desse fenômeno de estudo.

Por fim, recomenda-se que outros estudos com pessoas idosas sejam realizados para confirmação dos resultados encontrados e para a possibilidade de comparações.

Referências

1. Galvão MTRLS, Janeiro JMSV. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *REME* 2013;17(1):225-30. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/593>
2. Silva JV, Domingues EAR. Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado. *Rev Arq Ciencia Saúde* 2017;24(4):30-6. <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/686/723>
3. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. 6 ed. St. Louis/MD: Mosby, 2001.
4. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciencia Saude Coletiva* 2018;23(6):1929-36. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>
5. Barreto J. Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio atual. *Sociologia* 2005;15:289-301. <http://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2393/2190>
6. Dantas HM, Santos CAS, organizadores. *Aspectos biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira idade*. Joaçaba: Unoesc; 2017.
7. Santos GLA, Santana RF, Broca PV. Capacidade de execução das atividades instrumentais de vida diária em idosos: etno enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2016;20(3):1-7. <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160064.pdf>
8. IBGE. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua*. 2a ed. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017. https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101561_notas_tecnicas.pdf
9. IBGE. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2013. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>
10. Ventura MM, Bottino CMC. Avaliação cognitiva em pacientes idosos. In: Papaleo-Neto M. *Tratado e Gerontologia*. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 301-321
11. Silva JV. *Elaboração e validação de escalas de capacidade funcional [Tese]*. Escola Superior de Enfermagem do Porto: Porto; 2017
12. Pasquali L. *Psicometria*. São Paulo: Artmed; 2010

13. Inouye K, Pedrazzini I. Nível de instrução, status socioeconômico e avaliação de algumas dimensões da qualidade de vida de octogenários. *Rev Latinoam Enferm* 2007;15(Esp):742-7. https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_04.pdf
14. Wang HX, Karp A, Winblad B, Fatiglioni L. Late-life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from the kungsholmen project: project Am *J Epidemiol* 2014;155(12):1081-7. [10.1093/aje/155.12.1081](https://doi.org/10.1093/aje/kwv155.12.1081)
15. IBGE. Censo demográfico. Brasília: Oficial; 2016.
16. Miranda GM, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2016;19(3):507-19. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>
17. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Brasília: OMS; 2015
18. Matos AIP, Mourão I, Coelho E. Interação entre a idade, escolaridade, tempo de institucionalização e exercício físico na função cognitiva e depressão em idosos. *Motr* 2016;12(2):38-47. <https://doi.org/10.6063/motricidade.6805>
19. Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD, Gonçalves LTH. Perfil do envelhecimento saudável de idoso brasileiro octogenário. *Rev Latinoam Enferm* 2016;24:e2724. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0694.2724>
20. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Malta DC, Szwarcwald CL, Mambrini JVM. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). *Rev Saude Pública* 2017;51(Supl1):S1-6. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000013>
21. Quadros Junior AC, Lamonato ACC, Gabbi S. Nível de escolaridade não influencia nível de atividade física em idosos. *Motriz* 2011;17(1):202-8. <https://doi.org/10.5016/1980-6574.2011v17n1p202>
22. Souza Filho PP, Massi GAA, Ribas A. Escolarização e seus efeitos no letramento de idosos acima de 65 anos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2014;17(3):589-600. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13117>
23. Borges MG, Campos MB, Castro e Silva LG. Transição de estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para as próximas décadas. In: Ervati LR, Borges GM, Jardim AP, eds. *Mudanças demográficas no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população*. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>
24. Dias EG, Andrade FB, Duarte YAO, Santos JLF, Lebrão ML. Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. *Cad Saúde Pública* 2015;31(8):1623-35. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125014>
25. Souza MT, Silva MD, Carvalho D. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein* 2012;8(1 Pt 1):102-6. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
26. Silva JV, Machado DR, Ribeiro AC, Coelho MCS. Avaliação das capacidades de autocuidado das pessoas portadoras de diabetes mellitus tipo 2 cadastradas em Estratégia de Saúde da Família. *Enferm Bras* 2016;15(5):238-44. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i5.668>
27. Maciel MG. Atividades físicas e funcionais do idoso. *Motr* 2010;16(4):1024-32. <https://doi.org/10.5016/1980-6574.2010v16n4p1024>
28. Frota NM, Santos ZMSA, Soares E, Moura JMG, Caetano JA. Déficits de autocuidado de idosas institucionalizadas. *Rev RENE* 2012;13(5):983-94. <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4077/3187>
29. Sonninen AL. Testing reliability and validity of the Finnish version of the appraisal of self-care agency (ASA) scale with elderly Finns. *Kuopio: University Library*; 1997.