

ESTRATÉGIAS QUE COLABORAM NA INDEPENDÊNCIA FÍSICA E AUTONOMIA DO IDOSO HOSPITALIZADO*

STRATEGIES TO COLLABORATE WITH PHYSICAL INDEPENDENCE AND AUTONOMY OF THE HOSPITALIZED ELDERLY

ESTRATEGIAS QUE CONTRIBUYEN EN LA INDEPENDENCIA FÍSICA Y AUTONOMÍA DEL ANCIANO HOSPITALIZADO

Teresa Cristina Prochet¹, Maria Júlia Paes da Silva²

O objetivo da pesquisa foi revelar as estratégias identificadas pelos graduandos e profissionais de saúde que colaboram na promoção, manutenção ou maximização da autonomia e da independência física do idoso hospitalizado. Estudo de campo, quantitativo-descritivo e exploratório desenvolvido no interior paulista com 117 graduandos e profissionais de saúde que participaram da capacitação em comunicação não-verbal em gerontologia. Os resultados foram organizados e agrupados em três grupos: relacionados aos conhecimentos técnicos (63,2%); relacionados aos valores éticos (30,7%); relacionadas à comunicação (27,4%). Conclui-se que os participantes identificaram uma ou mais estratégias que pudesse favorecer a independência e a autonomia do idoso, ficando nítido que a importância do conhecimento técnico e gerontológico foi a condição que mais colaborou nessa identificação.

Descritores: Idoso; Autonomia Pessoal; Comunicação; Envelhecimento.

The aim of this research was to present strategies as identified by undergraduate students and health professionals towards promoting, maintaining, or maximizing physical independence and autonomy of hospitalized elderly citizens. It was a quantitative descriptive, exploratory work performed in the countryside of São Paulo State by 117 undergraduate students and health professionals on non-verbal communication capacity in gerontology. The results were organized and grouped in three categories: related to technical knowledge (63.2%); related to ethical values (30.7%) and related to communication (27.4%). It was so concluded that all participants succeeded in identifying one or more strategies aimed at providing the elderly with broader independence and autonomy. It was made clear that the importance of technical and gerontological knowledge was the condition which contributed the most to that identification.

Descriptors: Aged; Personal Autonomy; Communication; Aging.

El objetivo fue revelar las estrategias identificadas por los estudiantes y profesionales de salud que colaboran en la promoción, manutención o maximización de la autonomía y de la independencia física del anciano hospitalizado. Estudio de campo, cuantitativo-descriptivo y exploratorio desarrollado en una ciudad paulista con 117 estudiantes y profesionales de salud que participaron de la capacitación en comunicación no verbal en gerontología. Los resultados fueron organizados y agrupados en tres grupos: relacionados a los conocimientos técnicos (63,2%); relacionados a los valores éticos (30,7%); relacionados a la comunicación (27,4%). Se concluye que los participantes identificaron una o más estrategias que pudiesen favorecer la independencia y autonomía del anciano, cada vez más evidente que la importancia del conocimiento técnico y gerontológico fue la condición que más ha contribuido en esta identificación.

Descriptores: Anciano; Autonomia Personal; Comunicación; Envejecimiento.

* Dados parciais extraído da Tese de Doutorado sob título Capacitação em Comunicação Não verbal: um caminho para ações de cuidado efetivo/afetivo ao idoso defendida na EEUSP, em março/2010.

¹ Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Integrante do Grupo de Pesquisa e Estudo sobre Comunicação em Enfermagem do CNPq. Docente Comissionada na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Docente da Universidade Nove de Julho (UNINOVE). São Paulo, SP, Brasil. E-mail: tcprochet@usp.br.

² Prof^a. Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Comunicação em Enfermagem do CNPq. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: juliaps@usp.br

Autor correspondente: Teresa Cristina Prochet

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, CEP: 419-05403-000 — São Paulo, SP, Brasil. E-mail: tcprochet@usp.br.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, fenômeno mundial, está colocando o Brasil no grupo de países com o maior número de idosos do planeta. Como já é sabido o envelhecimento populacional representa, até certo ponto, o resultado do êxito da saúde pública, capaz de ter não só atuado no aspecto curativo e preventivo, mas também, ter influenciado no sentido de modificar as taxas e padrões de mortalidade, bem como aumentar a expectativa de vida das pessoas⁽¹⁾.

Se, por um lado, este aumento da expectativa de vida é o resultado de políticas de incentivos na área de saúde e de progresso tecnológico, por outro lado, ele acarreta um enorme desafio, pois coloca outras demandas aos serviços de saúde.

Do ponto de vista fisiológico, o envelhecimento é caracterizado por uma limitação da capacidade de cada sistema em manter o equilíbrio do organismo. O declínio orgânico tem início após a terceira década da vida, sofre influências dos fatores genéticos, do meio ambiente e dos fatores de risco. Essa afirmação dá condições para, até certo ponto, agir sobre os fatores e assim modificar o processo de envelhecimento. Um exemplo dessas ações são as investigações genéticas que permitem hoje trazer prevenções de doenças antes não possíveis de serem prevenidas. O meio ambiente reúne vários aspectos como a qualidade do ar, da água, dos alimentos e da dieta que se assume, os hábitos de vida que se opta em viver, dentre outros⁽²⁾.

Já os fatores de risco como o fumo, o álcool e a obesidade também podem influenciar na qualidade de vida das pessoas. Partindo dessa premissa, é possível buscar o envelhecimento saudável por meio da promoção da saúde e da prevenção de doenças, de forma a manter a capacidade funcional do indivíduo pelo maior tempo possível⁽²⁾.

Vale ressaltar que apesar da grande maioria dos idosos possuir pelo menos uma doença crônica, não traz necessariamente a ele limitação para que realize suas atividades de vida diária, essenciais para sua manutenção de sua capacidade funcional.

Quanto mais precoces forem as intervenções, maiores são as chances do indivíduo, de assegurar a possibilidade de viver mais, sem doenças e sem incapacidades funcionais durante sua vida⁽³⁾. Além disso, as ações preventivas também provocam reflexos nos custos consumidos com a atenção à saúde do idoso.

A condição funcional do idoso é considerada, pelos estudos, como um dos parâmetros mais importantes da avaliação geriátrica. A evidência da presença do declínio funcional faz pressupor a existência de doença ligada ao quadro e que, algumas vezes, não está diagnosticada, decorrente das manifestações clínicas que são atípicas inerentes à idade, o que acaba por constituir um desafio à prática clínica⁽¹⁾.

Com a identificação das condições funcionais do idoso, associadas ou não às comorbidades, é possível desenvolver um plano adequado de intervenção que vise ao tratamento das doenças diagnosticadas, evitando seu agravamento e, portanto, retardando o aparecimento das limitações funcionais. Por outro lado, alguns idosos, com limitações funcionais reversíveis, devam ser inseridos em programas de reabilitação, podendo melhorar seu quadro.

A autonomia é primariamente um fenômeno que envolve independência de ação, discurso e pensamento do indivíduo. Ela prevê como fundamento o alcance amplo de direitos políticos, jurídicos, civis e humanos e constitui-se como a base filosófica sobre a qual os indivíduos podem resistir à interferência coerciva de autoridades ou poderes externos em suas vidas. Os ideais implícitos neste conceito de autonomia incluem independência e autodeterminação, capacidade de tomar decisões racionais e livres, e capacidade de avaliar precisamente o que constitui o melhor interesse e vontade do indivíduo⁽⁴⁾.

A autonomia é o estado de ser capaz de estabelecer e seguir regras. Vale ressaltar que para o idoso, a autonomia é mais útil que a independência, como um objetivo global, haja vista a possibilidade de restaurá-la por completo, mesmo quando o indivíduo continua com dependência⁽⁵⁾.

Sabe-se que o foco central da Política Nacional do Idoso⁽⁶⁾ é a promoção de um envelhecimento saudável e ativo, pautado nas experiências positivas e oportunidades seguras de saúde, com potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida. Isso é possível por meio da manutenção da capacidade funcional, ou seja, valorizando a autonomia e preservando a independência física e mental do idoso⁽³⁾.

Os profissionais de saúde exercem um papel importante na manutenção da autonomia e do poder de decisão dessa clientela, desde que não encare a velhice como um momento de perda, estimulando que o idoso execute suas atividades de vida diária, respeitando, é

claro, o limite imposto pelo processo de envelhecimento natural. Estar ciente disso não basta, é preciso ações práticas que incluam o idoso na assistência a ser prestada com ele e não para ele somente. Observar os princípios científicos e éticos é valioso e faz a diferença na qualidade do cuidar⁽⁷⁾.

Isto exposto fica coerente a necessidade de estudos que contemplem o assunto e que o faça ser reforçado entre os profissionais de saúde que hoje possuem como realidade o idoso como cliente.

O objetivo deste estudo foi revelar as estratégias identificadas pelos graduandos e profissionais de saúde que colaboram na promoção, manutenção ou maximização da autonomia e da independência física do idoso.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo de campo, quantitativo-descritivo e exploratório desenvolvido em dois centros hospitalares no interior paulista, na cidade de Assis e Marília, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Protocolo CEP/HRA nº 167/08). Participaram 117 pessoas, sendo 33 graduandos do último período de: Enfermagem, Medicina e Psicologia e 84 profissionais de saúde: médicos, educadores físicos, assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de enfermagem, da capacitação em comunicação não-verbal em gerontologia⁽⁸⁾.

O programa de capacitação respeitou uma matriz pedagógica que continha as bases teóricas a serem desenvolvidas, bem como os recursos e procedimentos pedagógicos que incluíram leitura de poemas, exibição de imagens do idoso com texto reflexivo, discussão em arena das vivências hospitalares e aula dialogada. A matriz foi elaborada de forma que, ao final de cada encontro, o participante pudesse revelar seu grau de assimilação.

Dentre os objetivos dessa capacitação está a compreensão da dinâmica e a natureza que envolve o processo de envelhecimento, incluindo os fatores determinantes que podem causar incapacidade, instabilidade e perda de autonomia. Para obtenção dos dados apresentados neste estudo utilizou-se a questão: Como colaborar na manutenção/maximização da autonomia e da independência do idoso no ambiente hospitalar? Foi aplicada pela primeira autora deste estudo, especialista em enfermagem gerontológica, que desenvolveu o programa, imediatamente após o primeiro encontro que teve a duração de 4 horas e foi realizado em janeiro/2009 (dentre um to-

tal de três encontros realizados na capacitação), quando essa temática foi discutida.

Para garantir o anonimato dos participantes foram recolhidas as folhas de resposta, sem fazer anotações que pudessem identificá-los. As respostas foram lidas e corrigidas frente ao gabarito teórico⁽⁹⁻¹²⁾ utilizado na capacitação. Diante do gabarito teórico específico do processo de envelhecimento, ética do cuidar e comunicação, foi possível agrupar as respostas nas dimensões expostas na teoria: conhecimento técnico do profissional sobre o processo de envelhecimento; postura ética no atendimento do idoso e aspectos do se relacionar, de como se comunicar com ele.

RESULTADOS

Os resultados revelaram que todos os participantes souberam, na devolutiva solicitada no primeiro dia de curso, citar pelo menos uma estratégia que pudesse favorecer a independência e a autonomia do idoso.

As respostas foram organizadas e agrupadas em um ou mais dos três grupos. Entre parênteses consta a numeração dos exemplos:

a) Relacionadas ao conhecimento técnico — englobaram respostas que citaram a importância da compreensão do processo de envelhecimento; da atualização na área de geriatria; planejamento das instalações físicas e mobiliárias; fornecimento de suporte e incentivo nas atividades de vida diária; entendimento de que o uso do tempo pelo idoso é maior; utilização da sistematização da assistência de enfermagem como um instrumento de cuidar efetivo; criação de momentos de atividades ativas e recreativas; avaliação do grau de funcionalidade e de dependência; estímulo ao autocuidado; uso de recursos tecnológicos a favor do contexto — 63,2%. Eis alguns exemplos de respostas desse grupo: *Permitir e incentivar que o idoso realize as tarefas de cuidado pessoal como se abotoar, pentear-se, vestir-se, mesmo que demore e aproveitando esse tempo para perceber suas preferências e ajudá-lo a ter isso respeitado* (E1). *Usar instrumento de avaliação global do idoso com a intenção de descobrir os pontos fortes dele e assim aumentar sua chance de participação na assistência* (E2).

b) Relacionadas aos valores éticos — incluíram respostas onde há o exercício prático de princípios como a paciência, atenção, carinho, dignidade e respeito; explicação sobre seus direitos de cidadão; respeito da privaci-

dade e da dignidade; proteção de negligências e imprudências; conhecimento da cultura e hábitos; concessão da liberdade de escolha e decisão — 30,7%. As respostas a seguir ilustram esse agrupamento: *Entender que não basta coletar dados sobre sua história de vida, mas sim usá-la a favor das ações de cuidado, de maneira que ele possa dar sua opinião, revelar seu gosto. De jeito que ele seja respeitado nas suas limitações e principalmente sem deixá-lo seu corpo exposto, que sua dignidade seja de fato algo valorizado* (E3). *Proporcionar proteção ambiental ao idoso, não expondo seu corpo aos cuidados sem a devida proteção que ele merece, sendo extensivo ao respeito pela sua opinião. Executar um atendimento que valorize e permita ao idoso a escolha, isto é, que ele opte pelo o que ele quer e não simplesmente aquilo que na maioria das vezes é imposto pela rotina diária* (E4).

c) Relacionadas à comunicação — reuniram as respostas onde a atenção deva ser dada aos nuances não ditos; não interrompendo sua fala; sabendo escutar; tirando as dúvidas existentes; respeitando o espaço pessoal e territorial; observando e organizando o ambiente; dando respostas simples e seguras; fornecendo espaço para sua fala e exposição de sentimentos e preocupações; considerando ativo no processo de comunicação; encorajando a decidir por seus desejos; “gastando tempo” com a comunicação e fazendo dela um processo de validação — 27,4 %. Alguns exemplos mencionados contidos nesse grupo: *Observar que o idoso precisa de segurança no espaço para se sentir capaz de andar, fazer coisas simples do dia a dia, perceber que existe uma equipe que está disposta a ouvi-lo. Incluir a chance dele não ter vergonha e perguntar sobre suas dúvidas* (E5). *Descobrir o que ele precisa, o que gosta e não gosta, o que deseja mesmo não falando, isto é, vendo seu olhar. Atentar pra não usar o espaço dele como não sendo dele e falar com ele de jeito que ele entenda de fato* (E6).

DISCUSSÃO

O envelhecimento pode ser compreendido, conforme já referido, como um processo cuja redução da reserva funcional não deve comprometer os mecanismos necessários ao desenvolvimento das atividades do cotidiano. Quando ocorre uma limitação funcional evidente, ela precisa ser entendida como efeito de um processo fisiopatológico, ser tratada e cuidada, e não obrigatoriamente ser entendida como um processo natural de envelhecer⁽⁹⁾.

Para isso, defende-se o uso, por profissional de saúde, em qualquer momento, de um instrumento simples e específico para a identificação de risco de fragilização, que permite priorizar o atendimento dos que mais necessitam de um serviço geriátrico com suporte interdisciplinar, promovendo a reabilitação e diminuindo os riscos de hospitalização⁽³⁾.

Cabe citar que um instrumento⁽¹³⁾ que avalia os riscos dos idosos que buscam os serviços de saúde foi proposto, em 1994, e aplicado no Brasil⁽¹⁴⁾, demonstrando ser eficaz e, portanto, merece ser utilizado de forma prioritária pelos profissionais que prestam assistência aos idosos. Trata-se de um questionário composto por perguntas simples e objetivas, de fácil utilização e aplicado no momento da entrevista de admissão, por qualquer pessoa treinada, em curto espaço de tempo e em diferentes locais.

Quando se faz a associação do envelhecimento humano com as experiências do decorrer da vida e cita suas fragilidades e limitações, essa construção está adequada e vai ao encontro das expectativas manifestadas pela OPAS⁽¹⁵⁾ de reduzir a morbi-mortalidade do idoso, e torná-lo um indivíduo que possa envelhecer num cenário saudável. Cita-se dez ações que têm sido tomadas na tentativa de favorecer um envelhecimento saudável⁽⁹⁾; são elas: avaliação global do idoso; estímulo à atividade física regular; mudanças de hábitos deletérios; adequação nutricional; postergar ao máximo o início de uma doença; uso criterioso de fármacos; compensar as limitações; prevenir acidentes e traumas; manutenção dos papéis sociais e ampliação da rede de suporte social.

É importante ressaltar aqui a atenção solicitada no documento do Ministério da Saúde⁽¹⁶⁾, quando afirma que muitos profissionais de saúde consideram as alterações que ocorrem com o idoso como sendo decorrentes do envelhecimento natural, impedindo, algumas vezes, a detecção precoce e o tratamento de certas doenças, bem como tratam o envelhecimento natural como doença e simplesmente submetem os idosos a exames e tratamentos desnecessários originários de sinais e sintomas que poderiam ser associados à senescência.

As estratégias citadas pelos participantes são baseadas no conteúdo trabalhado nas aulas e corroboram com estudos feitos⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ que consideram a avaliação funcional do idoso essencial, devendo ser incorporada no cotidiano dos profissionais de saúde, pois permite detectar situações de risco, identificar áreas de disfunção

e necessidades, monitorar o declínio funcional do idoso, estabelecer um plano de cuidado adequado às demandas assistenciais, identificar a necessidade de utilização de serviços especializados e, finalmente, estabelecer elos para a compreensão multidimensional de cada caso em particular.

As estratégias para autonomia e independência dos idosos, apontadas pelos participantes com conteúdos ligados aos valores éticos, contemplam o proposto por autores⁽¹⁹⁾, que consideram o idoso detentor do direito de privacidade. Para esses autores, isso significa dignidade e consideração, ao defenderem a premissa de que o idoso é um ser e, portanto, não pode ser tratado como um instrumento de cuidar, e sim, deve ser um sujeito do cuidado. Essa visão implica tratá-lo em sua totalidade com o consentimento informado, tendo ciência do tratamento que lhe foi proposto, dos procedimentos envolvidos e dos resultados esperados.

No dia a dia, as ações realizadas pelos profissionais de saúde devem ser revistas para não se distanciarem da ética⁽²⁰⁾. Esses autores ressaltam que o cotidiano, muitas vezes, favorece a transgressão dos princípios éticos pelas mais diversas desculpas e questões, e isto acaba, por vezes, a atrapalhar o processo de autonomia e de independência do idoso.

Finalmente, as estratégias ligadas à comunicação também estão ancoradas em estudos que consideram que a atitude de conversar somente não é o suficiente⁽²¹⁾. O profissional de saúde precisa “falar” de várias formas além do verbal, pois assim facilita o idoso compreender e se recordar das orientações. Sabe-se que a competência em comunicação é um recurso essencial para fornecer cuidado em gerontologia e, conseqüentemente, minimizar os riscos de vulnerabilidade a que o idoso está exposto⁽²²⁾.

Inclusive, o Ministério da Saúde⁽¹⁷⁾ enfatiza, documentalmente, que a comunicação é uma necessidade fundamental, cuja satisfação envolve um conjunto de condições biopsicossociais, porque vai além da simples troca de palavras. Comunicação é um processo dinâmico que permite as pessoas se tornarem acessíveis umas às outras. O Órgão Ministerial defende a ideia de que, por meio do compartilhar sentimentos, opiniões, experiências e informações, se podem alcançar muitos objetivos, entre eles uma condução terapêutica em conformidade com as expectativas e necessidades de cada um.

Portanto, não só a compreensão da dinâmica e da natureza que envolve o processo de envelhecimento hu-

mano, como também os aspectos comunicacionais constituem uma estratégia que, aliada ao processo de cuidar em gerontologia, favorece um cuidado de qualidade em saúde.

CONCLUSÃO

Não basta compreender o envelhecimento, é também importante reconhecer que as atitudes dos profissionais de saúde podem auxiliar na maximização da autonomia e da independência do idoso. Por isso, a capacitação aplicada aos participantes contemplou esse assunto. Os resultados apontaram que todos os participantes conseguiram identificar uma ou mais estratégias que podem ser usadas para manter ou maximizar a autonomia e a independência do idoso.

As estratégias apresentadas estavam ligadas aos conhecimentos técnicos (63,2%), como o suporte nas atividades de vida diária e a avaliação do grau de funcionalidade e de dependência; aos valores éticos (30,7%), compostos por ações de consideração que respeitem a dignidade e a privacidade do idoso e que lhes conceda liberdade de escolha e decisão; à comunicação (27,4%), que reúne as nuances não ditas verbalmente, como um gesto de incentivo, uma postura corporal de ajuda, a utilização com qualidade e atenção do tempo na interação e, ainda, a organização do ambiente de forma que o idoso se sinta inserido no contexto, participe das atividades e, portanto, seja ativo.

Constitui uma limitação do estudo, na tentativa de preservar o anonimato dos participantes, o fato de os dados não terem sido tratados diferentemente entre os graduandos e os profissionais, visto que os últimos, provavelmente, detêm maior experiência no cuidado e podem ter tido mais facilidade para refletir sobre a questão exposta.

A Agenda Nacional de Saúde precisa cada vez mais incorporar políticas e ações resolutivas pautadas na realidade da população idosa. Para melhorar o atendimento é necessário maior investimento no ensino de profissionais que lidam com a clientela idosa, inclusive com aumento da carga horária dos cursos da área de saúde de forma a inserir esse conteúdo.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho JAM, Wong LIR. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(03):597-605.

2. Costa EC, Nakatani AYK. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividade de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(01):43-8.
3. Fabrício SCC; Rodrigues RAP. Revisão da Literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. *Rev Rene.* 2008; 9(02):113-9.
4. Araujo MOPH de, Ceolim MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(03):378-85.
5. Farias N, Buchalla OM. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol.* 2005; 8(02):187-93.
6. Brasil. Decreto n. 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 4 jul. 1996. Seção 1, p. 122-77.
7. Pires ZRS, Silva MJ. Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. *Rev Eletr Enf [periódico na Internet]*. 2001 [citado 2009 jun. 12]; 3(2). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista3_2/autonomia.html.
8. Prochet TC. Capacitação em Comunicação Não-Verbal: um caminho para ações de cuidado efetivo/afetivo ao idoso [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.
9. Jacob Filho W. Fatores determinantes do envelhecimento saudável. *Bol Instituto Saúde.* 2009; (47):27-32.
10. Freitas EV, Py L, Neri AL. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
11. Py L, Pacheco JL, Sá JLM, Goldman SN. *Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. 2ª ed. São Paulo: Holambra; 2006.
12. Duarte YAO. Indicadores de fragilidade em pessoas idosas visando o estabelecimento de medidas preventivas. *Bol Instituto Saúde.* 2009; (47):49-529.
13. Boulton C, Boulton L, Murphy C, Ebbitt B, Luptak M, Kane RL. A controlled trial of outpatient geriatric evaluation and management. *J Am Geriatr Soc.* 1994; 42:465-70.
14. Veras RP. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. *Rev USP.* 2001; (51):72-85.
15. World Health Organization. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); 2005.
16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
17. Nakatani AYK, Silva LB, Bachion MM, Nunes DP. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. *Rev Eletr Enf [periódico na Internet]*. 2009 [citado 2009 nov. 13];11(1). Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a18.htm>.
18. Brum AKR, Tocantins FR, Silva TJES. O enfermeiro como instrumento de ação do cuidar do idoso. *Rev Latino-am Enferm.* 2005; 13(06):1019-26.
19. Bandman El, Bandman B. *Nursing ethics through the life span*. 2ª ed. London: Prentice-Hall International; 1990.
20. Soares NV, Lunardi VL. A problematização dos direitos do cliente implicando na problematização dos direitos dos profissionais de enfermagem. *Cienc Enfermería.* 2003; 9(1):65-76.
21. Mochão CML; Albuquerque AMS, Silva APS da, Oliveira MS de, Fernandes AFC. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. *Rev Rene.* 2009; 10(3):139-45.
22. Braga EM, Silva MJP. Comunicação competente: visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(04):410-4.

Recebido: 14/12/2010

Aceito: 12/09/2011