



Necessidades de cuidado e autocuidado de idosos domiciliados em município baiano, à luz da Teoria de Orem

Care needs and self-care of elderly people living at home in a municipality of Bahia in the light of Orem's theory

Necesidades de cuidado y autocuidado de los ancianos domiciliados en un municipio de Bahía, a la luz de la Teoría de Orem

Antonio João de Araújo Xavier
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

Dândara Silva Oliveira
Prefeitura Municipal de Itabuna, BA

Rocío Elizabeth Chávez Alvarez
Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)

Autor correspondente: Antonio João de Araújo Xavier – E-mail: antonio.xavier@uesb.edu.br

Recebido em: 18 de outubro de 2023 – Aprovado em: 19 de fevereiro de 2024 – Publicado em: 17 de abril de 2024

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional traz novos desafios aos sistemas de saúde. Condições crônicas, acompanhadas de multimorbidade, fragilidade e incapacidade funcional, têm trazido déficit para o autocuidado, restrição ao domicílio e limitações de acesso ao serviço, que fragilizam, mais ainda, os cuidados em saúde. **Objetivo:** Compreender as necessidades de cuidado e autocuidado de idosos domiciliados em um município baiano, à luz da Teoria do Autocuidado de Orem. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada com 16 cuidadores de idosos domiciliados, com o uso da técnica de entrevista semiestruturada, no ano de 2021. Os dados, organizados em categorias e submetidos à análise de conteúdo de Bardin, foram interpretados à luz do referencial teórico. **Resultados:** Foram identificados, entre os idosos domiciliados, relevantes níveis de incapacidade para o autocuidado e de dependência e arranjos familiares diversos dos cuidadores para o apoio ao autocuidado, com precário suporte para o desempenho desse papel, e limitações para o próprio autocuidado. O suporte e o cuidado profissional da equipe da Estratégia Saúde da Família também apresentaram fragilidades. **Conclusões:** A Teoria Geral do Autocuidado de Orem possibilita uma identificação ampla das demandas e necessidades de cuidado dos idosos domiciliados e dos cuidadores, com vistas à reorganização da rede e da oferta dos cuidados interprofissionais na Estratégia Saúde da Família. Este texto é fruto do programa de pós-graduação *stricto sensu* Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

ABSTRACT

Introduction: The aging of the population poses new challenges to health systems. Chronic conditions associated with multimorbidity, frailty, and inability to function have led to deficits in self-care, limitations in the home, and limited access to services, further weakening health services. **Objective:** To understand the care and self-care needs

Palavras-Chave

*Saúde do Idoso;
Atenção domiciliar;
Estratégia Saúde da
Família;
Autocuidado.*

Keywords

*Elderly Health;
Home care;
Family Health Strategy;
Self-care.*

of elderly people living at home in a municipality located in the state of Bahia in the light of Orem's Self-Care Theory. **Methods:** This is a qualitative, descriptive, and exploratory study conducted in 2021 with 16 caregivers of elderly people living at home, using a semi-structured interview technique. Data were categorized, subjected to Bardin content analysis, and interpreted in light of the theoretical framework. **Results:** The elderly living at home were found to have high levels of incapacity for self-care, dependency, and different family arrangements for caregivers to support self-care with precarious support in performing this role, as well as limitations in self-care. The support and professional care provided by the Family Health Strategy team also showed weaknesses. **Conclusions:** Orem's General Theory of Self-Care makes it possible to comprehensively identify the demands and care needs of elderly people living at home and their caregivers to reorganize the network and provide interprofessional care in the Family Health Strategy. This text is the result of the Professional Master's Degree in Family Health (PROFSAÚDE).

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento de la población plantea nuevos desafíos a los sistemas de salud. Las condiciones crónicas, acompañadas de multimorbilidad, fragilidad e incapacidad funcional, han llevado a déficits en el autocuidado, restricciones en el hogar y acceso limitado a los servicios, lo que debilita aún más la atención de salud. **Objetivo:** Conocer las necesidades de cuidado y autocuidado de los ancianos domiciliados en un municipio del estado de Bahía, a la luz de la Teoría del Autocuidado de Orem. **Método:** Estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, realizado en 2021, con 16 cuidadores de ancianos que viven en su domicilio, utilizando la técnica de entrevista semiestructurada. Los datos fueron organizados en categorías y sometidos al análisis de contenido de Bardin e interpretados a la luz del marco teórico. **Resultados:** Se identificaron, entre los ancianos domiciliados, altos niveles de incapacidad para el autocuidado, dependencia y diversos arreglos familiares para que cuidadores apoyen el autocuidado, con precario apoyo para el desempeño de dicho rol, así como limitaciones para el autocuidado. El apoyo y la atención profesional del equipo de Estrategia de Medicina de Familia también presentaron deficiencias. **Conclusiones:** La Teoría General del Autocuidado de Orem permite identificar ampliamente las demandas y necesidades de cuidados de los ancianos que viven en su domicilio y de sus cuidadores, con el fin de reorganizar la red y la prestación de cuidados interprofesionales en el Estrategia de Medicina de Familia. Este texto es resultado del programa de posgrado *stricto sensu*, Maestría Profesional en Salud de la Familia (PROFSAÚDE).

Palabras Clave

Salud del adulto mayor;
Cuidado domiciliar;
Estrategia de Medicina
de Familia;
Autocuidado.

Introdução

O envelhecimento populacional nas últimas décadas tem sido produzido por profundas mudanças demográficas. Durante o último século, em países com alto nível de desenvolvimento, a dinâmica de envelhecimento populacional tem se desenrolado por um período mais longo. Nos Estados Unidos, em 1790, pessoas com 65 anos ou mais constituíam menos de 2% da população; hoje, representam 14%. Na Alemanha, na Itália e no Japão, passam dos 20% (1). No Brasil, porém, o fenômeno tem transcorrido em um intervalo de tempo significativamente menor, com a população acima de 60 anos chegando a 15,8% do total e contribuindo para gerar uma relação de dependência intergeracional que representa enormes desafios para a sociedade (2).

Comumente, esse envelhecimento populacional vem acompanhado de uma maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, o que representa um desafio aos sistemas de saúde (4). Quase 80% dos brasileiros com mais de 65 anos relatam, ao menos, uma doença crônica, chegando a três ou mais condições, simultaneamente em até 50% deles (5). Também é comum o uso de vários fármacos para diferentes condições ao mesmo tempo ou até como uma promessa de saúde (6). Assim, se a expectativa de vida tem aumentado, também há um aumento relativo de indivíduos longevos convivendo com elevada carga de morbidade, em uso de polifarmácia, o que, conseqüentemente, aumenta o risco de desenvolver eventos adversos aos medicamentos em uso.

O resultado é uma população cada vez maior de idosos que têm a possibilidade de apresentar prejuízo importante em relação à capacidade funcional. Estima-se que 15,2% dos idosos com 60 anos ou mais, no Brasil, apresentem capacidade limitada para o desempenho adequado e independente de suas atividades de vida diária (AVD). Essa limitação é mais pronunciada em indivíduos com renda mais baixa ou com menor nível educacional (7). Esse declínio da capacidade funcional pode levar a uma eventual perda de habilidades necessárias ao autocuidado, no que se refere tanto a atividades elementares quanto a habilidades necessárias para a resposta individual no processo saúde-doença, deixando-os mais vulneráveis e expostos do que idosos cuja funcionalidade segue preservada (8).

Em acréscimo, o idoso, não raro, encontra-se restrito ao domicílio e proximidades, com diminuição das oportunidades de participação social e do acesso oportuno e continuado aos serviços de saúde, seja por sua idade avançada, seja por sua carga de morbidade e capacidade funcional, e também por fatores sociais, psicológicos e ambientais (9). Um estudo nos Estados Unidos da América estimou que dois milhões de idosos de 65 anos ou mais, atendidos pelo Medicare, preenchiam critérios para serem considerados como

restritos ao domicílio, com dificuldades de sair de casa, mesmo na área peridomiciliar, ou com saídas somente se acompanhados (10).

No Brasil, as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) também integram as redes de cuidados para indivíduos domiciliados cuja necessidade de cuidados tenha menor grau de complexidade (11). Assim, as equipes têm a responsabilidade de identificar os idosos domiciliados no território, conforme suas necessidades de saúde, acompanhar a evolução de suas condições de saúde e monitorar o seu seguimento na rede assistencial (12). Isso requer um modelo de prestação de cuidados apropriados e responsáveis, integrados ao cotidiano da prática dos profissionais de saúde (13). Contudo, não é incomum que tais equipes tenham dificuldade em reconhecer as características e necessidades de saúde dos idosos domiciliados (14), bem como em planejar e organizar a prestação do cuidado a partir do seu domicílio (15, 16). Não raro ocorre a descontinuidade do cuidado dos idosos domiciliados, bem como o inadequado suporte aos cuidadores informais envolvidos, contribuindo para o aumento da carga de sofrimento e morbidade em ambos (17).

Justificou-se, assim, este estudo pela necessidade de se aprofundar a compreensão sobre a situação de saúde de idosos em atenção domiciliar e sobre como são organizados os cuidados para com esses idosos domiciliados em um dado território de saúde da ESF, à luz da Teoria do Autocuidado de Orem.

Metodologia

Trata-se de pesquisa qualitativa, de tipo descritivo, exploratório e transversal, que buscou levantar informações relevantes sobre os arranjos a respeito do autocuidado, cuidado familiar e profissional dos idosos domiciliados. O referencial teórico-metodológico, a Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem (18), deu suporte à análise dos significados da realidade vivenciada pelos idosos em situação domiciliar.

A pesquisa foi desenvolvida no município de Vitória da Conquista, Bahia, com 16 cuidadores de idosos domiciliados, escolhidos aleatoriamente, da área de abrangência de quatro Unidades de Saúde da Família. O critério de inclusão foi ser o cuidador principal de idoso de 60 anos ou mais com restrição de locomoção e necessidade de assistência à saúde no domicílio. Os critérios de exclusão envolveram: não aceitar voluntariamente a pesquisa; ser cuidador de idoso com suporte privado de cuidado domiciliar (*home care*); ou ser cuidador de idoso que, no momento do estudo, não residisse mais no território da pesquisa.

Cabe destacar que a proposta inicial era entrevistar os idosos domiciliados e seus cuidadores. No entanto, devido à disfunção cognitiva ou física dos idosos selecionados e os riscos da pandemia, decidimos entrevistar apenas os respectivos cuidadores. Assim, ao todo, foram realizadas entrevistas com dezesseis (16) cuidadores de idosos domiciliados, durante os meses de março e abril de 2021.

Foi utilizada para a coleta de dados a entrevista semiestruturada, realizada através de contato telefônico. Essa abordagem foi necessária a fim de evitar contato direto ou presencial com os participantes da pesquisa durante a pandemia de covid-19. O distanciamento social foi também adotado pela rede assistencial nos territórios de saúde alvos desta pesquisa (19). A entrevista semiestruturada pretendeu melhor compreender a situação de saúde do idoso domiciliado e a necessidade de apoio para seu autocuidado. Um roteiro norteador da entrevista auxiliou na coleta de dados sociodemográficos e na identificação do déficit de autocuidado e das necessidades e organização do cuidado aos idosos.

Os dados coletados foram consolidados e processados na seguinte ordem: primeira transcrição, na íntegra, das entrevistas; segunda transcrição, com limpeza ortográfica, mas conservando o sentido expressado pelos participantes; arquivamento das entrevistas escritas em pastas digitalizadas e codificadas por sujeitos entrevistados. Uma vez agrupado, o material coletado foi submetido à análise de conteúdo de Bardin (20). O tratamento dos dados levou à interpretação e análise do conteúdo com base no referencial teórico-metodológico da Teoria Geral do Autocuidado de Orem (18). Os resultados são descritos adiante e constituem elementos importantes sobre a situação dos idosos domiciliados na área de abrangência estudada e como eles e seus cuidadores se organizam e vivenciam suas necessidades de autocuidado.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Sul da Bahia, tendo sido aprovada (parecer n.º 4.356.156; CAAE n.º 36855120.7.0000.8467). Em razão da excepcionalidade acarretada pela pandemia de covid-19, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado por telefone, e a aceitação foi gravada em áudio. Uma cópia em versão digital do TCLE foi também enviada para o participante. Assim, buscou-se evitar qualquer contato físico com os pacientes e seus cuidadores, a fim de prevenir quaisquer riscos de transmissão da covid-19.

Referencial teórico-metodológico

Faz-se importante destacar o suporte teórico-metodológico da Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem (15) para esta pesquisa, que, apesar de ser amplamente utilizada pelos profissionais da enfermagem, é pouco trabalhada por outros profissionais de saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Orem considera sua Teoria Geral composta por três teorias inter-relacionadas: a **Teoria do Autocuidado**, que aborda por que e como as pessoas cuidam de si próprias; a **Teoria do Déficit de Autocuidado**, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas pela enfermagem; e a **Teoria dos Sistemas de Enfermagem**, que descreve as diferentes ações de enfermagem, tendo como foco o apoio e o desenvolvimento do indivíduo sob a ação desse cuidado (21).

A definição de autocuidado é fundamental na teoria de Orem. Esse autocuidado é universal, está presente na maioria dos aspectos vivenciais, não se restringe apenas a atividades básicas e atividades instrumentais e se acumula na forma de aprendizado de competências ao longo da vida, naquilo que Orem define como agência de autocuidado (*self-care agency*) (21). Entende-se, assim, o autocuidado como a plena capacidade de desempenhar, consciente e deliberadamente, ações para a preservação da vida e para o bom desenvolvimento da saúde e do bem-estar. Por outro lado, quando existem demandas de autocuidado não plenamente atendidas pelo indivíduo, em função de limitações em sua agência de autocuidado, tem-se caracterizado, segundo Orem, um **déficit de autocuidado**. Nesse momento, portanto, há um desequilíbrio entre as capacidades do indivíduo e suas demandas de autocuidado, temporárias ou definitivas, que pode afetar sua saúde e bem-estar – e, mesmo, a integridade de sua vida. A caracterização dessa situação é o ponto principal da Teoria do Déficit de Autocuidado (18). A pessoa idosa, particularmente, poderá requerer apoio e assistência sempre que os declínios físico e cognitivo limitem o desempenho de suas ações de autocuidado (22).

Um outro componente da teoria de Orem está relacionado ao grau de apoio provido por profissionais de enfermagem, que abrange desde cuidados totalmente compensatórios até o simples papel de apoio e educação para o autocuidado (18). Para Orem, esse sistema é atribuição da enfermagem, mas cabe aqui uma reflexão no contexto mais abrangente da ESF. A equipe mínima tem atribuições de cuidados em saúde voltados para os indivíduos em seu território, por meio da atuação interprofissional e do trabalho colaborativo, adotando o planejamento das ações atreladas às especificidades da população atendida, com vistas ao cuidado integral dos usuários (23), sendo tais atribuições aplicáveis também aos cuidadores familiares informais. Nesse sentido, ela pode tomar a direção do apoio e supervisão do aprendizado de competências na promoção de cuidados voltados ao indivíduo dependente, mas também do apoio, educação e motivação do cuidador, capacitando-o para buscar também o próprio autocuidado (24).

O modelo proposto por Orem possibilita que se realize um diagnóstico amplo sobre as necessidades de cuidados dos indivíduos, assim como, também, que se planeje a intervenção em uma determinada

situação de saúde. Nesse sentido, ele propõe determinar: os requisitos de autocuidado; a existência ou não da competência para o autocuidado (*self-care agency*); a necessidade terapêutica, ou seja, qual é a demanda de autocuidado terapêutico existente; a mobilização das competências do enfermeiro (*care agency*) – nesse caso, dos profissionais da equipe multiprofissional – eventualmente necessárias ao apoio e suporte ao autocuidado do indivíduo; e, por fim, o planejamento da assistência dos sistemas de enfermagem (28), ou, como se propõe aqui, das equipes de Saúde da Família.

Resultados e discussão

Caracterização e demandas de autocuidado em idosos domiciliados

Com base no questionário sociodemográfico aplicado durante as entrevistas realizadas, percebeu-se que, entre os idosos abordados, houve uma predominância do gênero feminino (56,25%), que, também, apresentou maior longevidade (25% contra 6,25% para indivíduos acima de 90 anos de idade). Esses dados são demonstrados na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos idosos domiciliados por faixa etária e sexo

Faixa Etária	Masculino (n=7)	Feminino (n=9)	Total N (%)
< 70 anos	1 (6,25%)	0 (0%)	1 (6,25%)
70 a 80 anos	1 (6,25%)	1 (6,25%)	2 (12,5%)
80 a 90 anos	4 (25%)	4 (25%)	8 (50%)
> 90 anos	1 (6,25%)	4 (25%)	5 (31,25%)
Total	7 (43,75%)	9 (56,25%)	16 (100%)

Fonte: elaborada pelos autores com base em dados da pesquisa

Também foi identificado que os idosos, em sua maioria, eram viúvos (62,5%) e apresentavam baixa escolaridade, com 75% deles tendo menos de quatro anos de estudo. A renda familiar mensal era composta por até três salários-mínimos na maioria das famílias (87,5%). As residências onde viviam tinham entre quatro e oito cômodos, em sua maior parte (68,75%), e nelas habitavam, em sua maioria, de duas até seis pessoas (68,75%), como registrado na Tabela 2.

Os aspectos sociodemográficos dos idosos domiciliados participantes da pesquisa corroboram outros estudos que têm demonstrado a predominância da feminização nesse grupo etário (3), assim como um contexto de maior vulnerabilidade socioeconômica (25), revelada por meio de menor escolaridade e renda familiar.

Tabela 2 – Distribuição dos idosos domiciliados segundo estado civil, renda familiar, anos de estudo, número de cômodos e de residentes por domicílio

Estado civil	(n=16)	(%)
Casado (a)	4	25%
Solteiro(a)	1	6,25%
Viúvo(a)	10	62,5%
União estável	0	0%
Divorciado	1	6,25%
Renda familiar	(n=16)	(%)
Até 1 SM*	7	43,75%
De 1 a 3 SM	7	(43,75%)
Acima de 3 SM	0	0%
Não informaram SM	2	12,5%
Anos de estudo	(n=16)	(%)
Até 4	12	75%
Entre 4 e 8	4	25%
Acima de 8	0	0%
Nº cômodos	(n=16)	(%)
Até 4	1	6,25%
Entre 4 e 8	11	68,75%
Acima de 8	4	25%
Nº residentes no domicílio	(n=16)	(%)
Até 2	5	31,25%
Entre 2 e 6	11	68,75%
Acima de 6	0	0%
Total	16	100%

* SM= salário-mínimo

Fonte: elaborada pelos autores com base em dados da pesquisa

Os resultados da aplicação do instrumento CADEM, que analisa funções de comunicação (C), atividades diárias (A), deambulação (D), eliminações (E) e mobilização (M), e que foi desenvolvido a partir do referencial teórico de Orem (26), permitiram a identificação das demandas de autocuidado dos idosos domiciliados. Esse modelo correlaciona essas funções com Níveis de Dependência para o Autocuidado, a saber: no nível I, a pessoa apresenta autocuidado adequado; no nível II, a independência está ameaçada, porém o sujeito permanece apto para seu autocuidado, com certo grau de apoio; no nível III, existe baixa capacidade para o autocuidado e necessidade de ajuda, de moderada a grande; e, no nível IV, a pessoa se mostra totalmente dependente de ajuda. Com base nessa análise, os idosos foram incluídos em quatro categorias de capacidade de autocuidado, conforme descrito na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos idosos domiciliados por nível de dependência para o autocuidado e faixa etária, conforme instrumento CADEM

Faixa Etária	Níveis de Dependência para o Autocuidado			
	I	II	III	IV
< 70 anos	-	-	1 (6,25%)	-
70 - 80 anos	-	-	1 (6,25%)	1 (6,25%)
80 - 90 anos	-	-	6 (37,50%)	2 (12,5%)
> 90 anos	-	1 (6,25%)	3 (18,75%)	1 (6,25%)
Total	-	1 (6,25%)	11 (68,75%)	4 (25%)

Fonte: elaborada pelos autores com base em dados da pesquisa

Dentre os idosos que participaram da pesquisa, a maioria apresentava necessidade de moderada a grande de apoio ao autocuidado (68,75%), com 25% apresentando dependência total; o que indica, portanto, altos níveis de dependência em todas as faixas etárias. Esse cenário demonstrou uma necessidade maior ou total de apoio para o idoso manter seu autocuidado, conforme Orem descreve em sua Teoria do Déficit de Autocuidado (18).

Desafios do autocuidado entre idosos domiciliados, seus cuidadores familiares e o cuidado domiciliar na ESF

A partir das entrevistas com os cuidadores dos idosos domiciliados, sobre a situação de saúde e a organização do cuidado desses pacientes, foram identificadas quatro categorias de estudo, apresentadas e analisadas a seguir.

Declínio cognitivo e limitações físicas entre idosos domiciliados

As condições de saúde do indivíduo idoso, sua saúde física e mental, condicionam sua autonomia e independência, parte fundamental dos requisitos básicos para a capacidade de autocuidado. Os processos fisiológicos que se desenvolvem durante o envelhecimento são já bastante conhecidos, como nos alerta Elias (27), mas não a experiência singular do indivíduo que envelhece. Sabe-se que o envelhecer não é homogêneo, assumindo formas e processos distintos, sendo influenciado por aspectos econômicos e sociais e por questões de raça e gênero (28), que afetam, de diversas formas, a capacidade de autocuidado. Por outro lado, também pode ocorrer de ficar preservada a funcionalidade do idoso, mesmo que parcialmente e em níveis variados, como abaixo relatado por cuidadores.

Mesmo com as limitações que tem, aparentemente ele está bem [de saúde]. Ele se alimenta bem. (...) às vezes, não sei se é mania, ele fica no quarto deitado e (...) conversando sozinho. Mas no dia a dia, ele conversa com a gente normal. (C04)¹

Eu acho que a saúde dele é “beleza”! (...) Ele se comunica, fala comigo. Pai é muito ativo ainda. Só é surdo, ele não escuta nada! Mas enxerga bem. Mas se falar um pouco mais alto com ele, ele entende tudo. (...) Ele não esquece nada, fala as coisas tudo certinho. Não falha em nada. Está muito bem! (C08)

Por outro lado, os declínios físico e cognitivo podem se tornar cada vez mais perceptíveis e limitantes. E se acentuam, sobretudo, quando se desenvolvem complicações decorrentes de condições crônicas preexistentes, tão prevalentes e coexistentes nesse grupo etário. Muda-se de um cenário de presença ou ausência de doenças para outro, de grau de capacidade funcional (29), resultando comumente em maior vulnerabilidade individual e prejuízo na manutenção da autonomia e da independência. Le Breton descreve esse processo como um lento desaparecimento, enquanto as forças diminuem e a saúde começa a definhar (30). Como se pode observar nos seguintes relatos de cuidadores.

Ele está muito debilitado, muito, muito... Eu estou forçando ele a sobreviver, como a médica disse. (...) Ele não quer mais comer, eu forço ele comer. (...) então, tem hora que ele esquece, tem hora que ele lembra. Mas sempre a gente procura conversar com ele. Se não puxar, ele fica na solidão, ele fica quieto. (C02)

A saúde dele não está muito boa, não. Ele operou do coração, tem duas pontes safena e uma mamária. (...) tem hora que ele fala coisa com coisa; tem hora que ele não sabe nem quem é ele; tem hora que ele não sabe nem quem sou eu. (C13)

Entre a (in)capacidade e a (in)dependência para o autocuidado do idoso domiciliado

O idoso pode desenvolver algum prejuízo funcional e ainda manter elementos significativos de sua capacidade para o autocuidado. Através de estímulos para a manutenção de sua capacidade funcional residual, ou mesmo ainda através de pequena ajuda, ele pode manter parte de suas ações de autocuidado. As razões pelas quais esses idosos se mantêm motivados a desenvolver ou retomar seu autocuidado também podem passar por sentimentos e experiências pessoais, como o medo da morte ou o desejo do retorno a um estado de saúde prévio (31). Por outro lado, ainda que motivados e capazes, podem existir níveis variados de dependência, transitando, assim, entre as ambivalências da (in)capacidade e da (in)dependência, entre momentos de autossuficiência e de necessidade de algum apoio.

Ela é bem lúcida. Ela toma banho sozinha, é independente, mas a gente ajuda a se vestir e a lavar o cabelo. (...) ela consegue caminhar [dentro de casa] com apoio, mas assim, ela esbarra [se apoia] na mesa, na parede. Quando precisa atravessar a rua, por exemplo, andar fora de casa, ela se apoia no braço da gente. (...) A gente coloca fralda à noite para ela não ter que ficar levantando à noite, mas durante o dia ela consegue ir ao banheiro. (C03)

¹ Procurou-se preservar a sintaxe e o vocabulário originais dos depoimentos.

Precisa de ajuda para ir ao banheiro e para tomar banho. Ele caminha com apoio, com uma muleta, mas às vezes ele tem dificuldade e a gente precisa ficar do lado, ajudando. (C04)

O singular processo de envelhecimento pode, contudo, trazer prejuízos relevantes às capacidades individuais para o autocuidado, mesmo em suas dimensões mais simples (29), o que leva a uma necessidade cada vez maior de apoio, como relatado por cuidadores.

Ele tem Alzheimer, já pulando para a “quarta fase”. (...) Precisa de ajuda total para ir ao banheiro, em uma cadeira própria para o banho. Ele usa fraldas para as eliminações e, no banho, fazemos a higiene pessoal dele. Para a alimentação, também é necessário levar ele até a mesa, embora ele consiga comer sozinho. E como esquece das coisas, se não controlar sua rotina, acha que precisa comer toda hora. (C01)

Como ela “deu” AVC, deu também um “início de infarto”, ela não se mexe. Ela não consegue nem ficar sentada numa cadeira, num sofá, [nem] numa cadeira de rodas que a gente comprou, tudo bonitinho para ela, ela não consegue ficar sentada. (...) A gente senta ela [na cama], fica segurando e a gente dá a comida dela. (C12)

O prejuízo para a manutenção das capacidades fundamentais dos idosos domiciliados abordados, com o comprometimento de sua agência de autocuidado (*self-care agency*), foi um achado comum nesta pesquisa, conforme notado pela aplicação do instrumento CADEM, 21).

Arranjos familiares – entre o autocuidado do idoso domiciliado e o da “cuidadora”

A partir da existência de limitações para o autocuidado, é esperado que haja movimentos de apoio ao cuidado do idoso. Geralmente, quando possível, uma primeira resposta se dá a partir de iniciativas da própria família. Mais comumente, esses arranjos envolvem filhas, filhos e cônjuges. Em recente estudo, Alves *et al.* informam que a maioria dos cuidadores de idosos dependentes era formada por cuidadores informais, mulheres entre 40 e 60 anos de idade (32). Tais arranjos, estabelecendo unidades de cuidado dependente (22), assumem formas e pactuações variadas, conforme pode ser percebido nos seguintes relatos.

Eu e minha irmã cuidamos dela. Minha irmã mora em uma casa vizinha, mas eu trabalho um dia e folgo outro, e no dia em que estou trabalhando a minha irmã fica com ela durante o dia e eu retorno à noite. E todas as noites eu estou em casa. (C03)

Sou mais eu que assumo [os cuidados]. Tem meu pai que ajuda na alimentação, quando é para dar algum alimento para ela. Mas no geral, sou eu mesma. Na verdade, eu sempre ajudava, já cuidava dela antes. (C09)

Os arranjos familiares para apoio ao autocuidado do idoso podem existir de maneira mais ou menos funcional ao longo do tempo. São buscadas formas possíveis de equilíbrio e apoio mútuo em resposta à responsabilidade de cuidar do idoso, culturalmente definida em nosso meio (33). No entanto, tais arranjos representam um desafio para os indivíduos envolvidos nesse processo, conforme os relatos a seguir.

Eu tenho duas irmãs que moram aqui por perto. Mas elas vêm só dar banho em mãe e saem. Tem vez que somem. Só uma que vem mais. Dia e noite sou eu [quem cuida]. Entra dia, sai dia, tudo é eu. Às vezes, quando ela está muito ruim, eu ligo logo para elas vir cá e elas vem. É assim. Mas tudo é eu. (C05)

Geralmente, somos eu e minha mãe [que cuidamos]. É um pouco difícil! Ele é uma pessoa difícil de lidar. (...) se você fosse pensar normal, como ela [a esposa e cuidadora do idoso] sofreu muito – fazer igual a meu irmão [diz] –, o normal não era nem pra cuidar dele. Mas ela, não: é o tempo todo cuidando, mesmo que ela não tenha mais a obrigação. (C07)

Eu sou deficiente físico. (...) meu pai sofre muito de falta de ar (...). E é assim, aqui é um pelo outro, aqui. E tem nós dois pela minha mãe. A gente, na medida do possível, está levando. (C10)

Como observado, o indivíduo que assume a função de cuidador, em geral, é do sexo feminino. Tratam-se, em sua maioria, de esposas e filhas que, na maioria das vezes, precisam reorganizar suas vidas pessoais e profissionais para o apoio ao idoso domiciliado. Alves *et al.* também observaram a situação de vulnerabilidade social a que estão submetidas essas cuidadoras de idosos (32). Muitas vezes, também é necessário abdicar de interesses pessoais para poder se dedicar ao cuidado domiciliar (24), que, não raro, resulta em sofrimento.

Já vai fazer oito anos que ela está assim. (...) eu cuido, e mexe muito com a gente. O físico... cansa um pouco. Mas... tem que cuidar, né? (...) minha vida agora é mais para ela, para cuidar dela (...) A gente sofre junto, né? Até dos cuidados da gente [abdicamos] um pouco... em tudo, né? Na vida sentimental da gente. Só dedicando a ela agora. (C06.2)

Da mesma forma, a vida profissional é afetada pelo apoio ao cuidado do idoso domiciliado. Há dificuldades em conciliar os compromissos profissionais com as obrigações com o cuidado no domicílio, como na fala a seguir.

Desde quando ele [meu pai] adoeceu, eu já cheguei a ficar dois meses sem dormir, ligada. (...) Ele não pode tomar remédio para dormir (...), já tentamos três remédios, (...) mas ele fica alucinado, fica pior. (...) E como eu durmo com ele, são duas camas de solteiro no quarto, então tudo que ele passa, “passa” para mim. No outro dia eu acordo, ele fica assim... tem hora que fica alucinado e aí vai dormir, como se nada aconteceu, e eu tenho que estar com um sorriso – que ninguém tem nada a ver [com isso] – para ir para o meu trabalho. (...) A gente fica abalada também, tem vez que fica nervosa, que a gente chora, um nervoso, e não dorme. (...) Mas deixo meu “nervo” em casa, vou para o meu trabalho, ninguém tem culpa do que está acontecendo. Ele também não tem culpa. (C02)

Discutir a determinação dos papéis de gênero, principalmente na feminização do cuidado do idoso, implica olhar para a interação complexa entre atributos de gênero e vivências culturais, envolvendo políticas sociais e de saúde apropriadas, de maneira que o cuidado do idoso seja atribuído ao familiar mais apto a realizá-lo, sem necessariamente ser o gênero a principal determinante para essa função. Assim como observado neste estudo, a desgastante rotina envolvida no processo de cuidado no domicílio envolve ações voltadas ao apoio para a higiene pessoal do idoso, sua alimentação, locomoção, mudança de posição e

administração de medicamentos. E, em sua imensa maioria, os cuidadores informais não recebem treino ou capacitação adequados (34).

Esses cuidadores, por vezes, também apresentam idade avançada ou problemas de saúde física ou mental, cuja atenção é eventualmente postergada em razão da necessidade de apoio contínuo ao idoso. Fonseca *et al.* destacam aspectos da qualidade de vida e bem-estar do cuidador e seu reflexo na qualidade dos cuidados aos idosos domiciliados e alertam para a necessidade de intervenções educativas direcionadas ao binômio idoso-cuidador (33). Essa desgastante rotina de cuidados, a necessidade constante do apoio, mas também o período de tempo muitas vezes alongado pelo qual essa necessidade se desenvolve, representam um desafio à manutenção da funcionalidade dessa estrutura de apoio ao autocuidado. Isso se manifesta na disfuncionalidade dessa díade de cuidados dependentes (22), assim como no próprio adoecimento do cuidador responsável, como pode ser percebido nas falas abaixo.

Eu já tentei sair, porque não me sinto bem; não acho que vou bem, principalmente psicologicamente falando; outras coisas que eu estou vivendo [também], acabou misturando tudo. (C04)

Eu mesma, agora, estou fazendo uns exames. Estou com problema na vista. A mama, saindo aquela secreção... Fiz uma mamografia, vou buscar o resultado hoje, “modi” eu ver. E já imaginando, Ave Maria! –, se eu tiver alguma coisa, quem é que vai cuidar dele? (...) tem tempo [envolvida] com os exames dele. Não, eu agora vou ter que cuidar de mim, para poder tomar conta dele. (C13)

Costa e Castro (24) também observaram que cuidadores familiares informais apresentavam algum nível de déficit de autocuidado, contribuindo para o aumento da tensão sobre o seu papel de cuidador e para um agravamento em suas condições de saúde. Em pesquisa sobre as condições de saúde de cuidadores de idosos dependentes, Alves *et al.* (32) verificaram que a maioria desses cuidadores referiu problemas de saúde (59,5%), sendo os mais citados a hipertensão arterial e as doenças osteomusculares. Adicionalmente, Faria *et al.* (34) observaram a inexistência ou a fragilidade da rede de apoio profissional para o cuidado domiciliar do idoso, assim como para o apoio e capacitação do cuidador informal, algo também observado nesta pesquisa.

Os desafios da equipe de Saúde da Família para o cuidado dos idosos domiciliados

O domicílio se insere em um campo de cuidados comunitários sob a responsabilidade de equipes de profissionais de saúde atuando em serviços de cuidados primários na ESF, porta de entrada do sistema de saúde, capaz de identificar as mais variadas demandas em saúde nesses territórios de atuação (23). O cuidado domiciliar, portanto, requer a reorganização dos serviços de saúde a partir das necessidades identificadas entre os indivíduos envolvidos (34).

Através das visitas realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), é possível reconhecer vulnerabilidades em idosos frágeis nesses territórios de atuação. Assim, diversas demandas assistenciais podem ser apresentadas e discutidas com os demais profissionais da Estratégia Saúde da Família, como relatam os seguintes cuidadores:

Tudo que acontece com ele, eu chego [e falo] com o ACS o que meu pai está sentindo, ele vai no Posto, fala com a médica. Como nessa pandemia ela não está fazendo visita domiciliar, (...) esses dias, ele estava com uma tosse bem forte, falei tudo com ela [a médica], falei o que ele estava sentindo. Ela me passou a medicação e com três dias ele estava bom. (C02)

O que não dá para resolver, eu entro em contato com a ACS, ela passa para o médico ou para a enfermeira e vai me retornando. Quando a gente vê que não resolveu, aí o médico solicita ver o paciente, aí a gente vai até a UBS. A enfermeira não vinha sempre, agora ela está vindo para a troca da sonda. (C04)

A partir do reconhecimento das necessidades em saúde de idosos domiciliados, espera-se a pactuação dos processos de trabalho interprofissional e o planejamento do cuidado domiciliar, entre as diversas ações desenvolvidas pelas equipes de saúde (35). São relevantes os momentos para discussão de necessidades em saúde no território, fundamentais para o planejamento das ações em saúde (36). Para Onofri *et al.* (37), porém, a atenção à saúde do idoso ainda é voltada para o atendimento às queixas, com foco nos aspectos biomédicos. Mudar esse cenário requer um maior investimento nos fluxos de atendimento e na definição de critérios para esses cuidados. Conforme Peduzzi (23), a lógica do trabalho isolado e independente dos profissionais de cada área reflete sua longa e intensa formação isolada que, somada à sobrecarga de trabalho das equipes, resulta em lacunas na programação para o trabalho interprofissional. Tais desafios teriam, na perspectiva da Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem, um potencial de superação a partir do sistema de apoio-educação. Esse apoio deve ser direcionado para o aprendizado de competências relevantes para a promoção de cuidados voltado ao indivíduo dependente e, também, à educação e à motivação do cuidador, a fim de capacitá-lo para a busca do próprio autocuidado (27).

A Teoria Geral do Autocuidado de Orem, considerada para a prática na ESF, traz a possibilidade de identificação de necessidades de apoio e cuidado envolvendo o idoso e seu cuidador informal, com sua metodologia tendo também o potencial de contribuir para a formação profissional, na medida em que promove um olhar mais amplo sobre o diagnóstico das necessidades em saúde de indivíduos com déficit de autocuidado (39). A partir da identificação das necessidades do idoso domiciliado com déficit de autocuidado, planos de ação podem ser pactuados pela equipe de saúde e por outros atores envolvidos, como por exemplo, os cuidadores, voltados para as necessidades identificadas, quer se trate de ações de maior suporte técnico profissional ou apenas de apoio educacional ao idoso ou ao seu cuidador, na forma

do que Orem caracteriza, respectivamente, como sistemas parcialmente compensatórios e sistemas de apoio-educação (22).

Propostas de intervenções educacionais baseadas na Teoria de Orem, abordando indivíduos com condições crônicas de saúde, trouxeram maior conhecimento e motivação para o autocuidado, assim como sugeriram a adoção de programas estruturados de suporte para a promoção do autocuidado entre esses indivíduos (31).

A proposta de um programa estruturado buscando melhorar o conhecimento sobre o cuidado de pessoas dependentes e facilitar seu apoio, realizado por profissionais de saúde em Atenção Primária e voltado a cuidadores informais possibilitou uma melhora do apoio social percebido pelo cuidador, embora com resultados ainda limitados com relação a outros desfechos, como dor lombar e sobrecarga ao cuidar (53).

Portanto, a aplicação da Teoria de Orem na prática das equipes de Saúde da Família pode potencializar o desenvolvimento de um diagnóstico amplo e integral do idoso domiciliado, suas necessidades e seu contexto familiar e social, na busca do desenvolvimento da autonomia do sujeito e de sua família e comunidade (40).

Considerações finais

Diante do envelhecimento populacional vivenciado nas últimas décadas, o domicílio vem se tornando cada vez mais um espaço legítimo de cuidados, embora desafiador. A Teoria de Orem permite ampliar o olhar sobre as necessidades em saúde dos idosos domiciliados, mas também dos cuidadores informais, além de sua contribuição potencial para a formação e a prática da Saúde da Família. A partir de um diagnóstico amplo das necessidades em saúde, é possível a construção colaborativa multiprofissional de propostas de ação, envolvendo também o paciente e seu entorno como protagonistas nesse processo. Demais estudos devem ser realizados na tentativa de compreender esse processo de apoio aos cuidadores de idosos domiciliados e de contribuir com planos de cuidado profissional condizentes com a real necessidade desses usuários no âmbito da ESF.

Este texto é fruto do programa de pós-graduação *stricto sensu* Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

Referências

- (1) Gawande A. *Mortais: Nós, a Medicina e o que realmente importa no final*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2015.
- (2) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo 2022. Disponível em <www.ibge.gov.br>. Acesso em 04 fev. 2024.
- (3) Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MFF. Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural. In: Minayo MCS, Coimbra Júnior CEA (Org). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.
- (4) Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 43(3): p. 548-54, 2009.
- (5) Nunes DP, Brito TRP, Duarte YAO, Lebrão ML. Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. *Rev. bras. epidemiol.* São Paulo, v.21, supl. 2, 180020, 2018.
- (6) Blanco-Reina E, Ariza-Zafra G, Ocaña-Riola R, León-Ortiz M, Bellido-Estévez I. Optimizing elderly pharmacotherapy: polypharmacy vs. Undertreatment. Are these two concepts related? *Eur J Clin Pharmacol*, 2015 Feb; 71(2):199-207.
- (7) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD 2008), um panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- (8) Muniz EA, Aguiar MFS, Brito MCC, Freitas CASL, Moreira ACA, Araújo CRC. Desempenho nas atividades básicas da vida diária de idosos em Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Kairós*, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 133-146, jun. 2016. ISSN 2176-901X. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairós/article/view/30365>. Acesso em: 09 maios 2020. Doi: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19i2p133-146>.
- (9) Ornstein KA, Leff B, Covinsky KE, Ritchie CS, Federman AD, et al. The epidemiology of the homebound in the United States. *JAMA Intern Med*. Chicago, v.175 (7): pp.1180–1186, 2015.
- (10) Norman GJ, Wade AJ, Morris AM, Slaboda JC. Home and community-based services coordination for homebound older adults in home-based Primary Care. *BMC Geriatr*, 2018, v.18: 241.
- (11) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- (12) Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- (13) Leff B, Carlson CM, Saliba D, Ritchie C. The invisible homebound: setting quality-of-care standards for home-based Primary and Palliative Care. *Health Aff (Millwood)*, v. 34, n. 01, pp. 21–29, 2015.
- (14) Savassi LCM. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 2016;11(38):1-12.
- (15) Cunha MS, Sá MC A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. *Interface (Botucatu)*, v.17, n.44, p.61-73, jan./mar. 2013.
- (16) Paskulin LMG, Valer DB, Vianna LAC. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). *Cien Saude Colet*, Rio de Janeiro, v. 16(6): 2935-2944, 2011.
- (17) Muniz EA, Freitas CASL, Oliveira EN, Lacerda MR. Atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: perspectivas de idosos, cuidadores e profissionais. *Estud. interdiscip. envelhec.*; 23 (2): 73-85 ,ago, 2018.
- (18) Orem DE, Dorothea E. *Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory*. P. 141-48. In: Parker, M.E. *Nursing theories and nursing practice*. 2nd ed. 2005, ISBN 0-8036-1196-X.
- (19) Brasil. Ministério da saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (versão 09). Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- (20) Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Editora Edições 70, 2011.
- (21) Queirós PJP, Vidinha TSS, Almeida Filho AJ. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Rev. Enf. Ref*, Coimbra, Série IV, n.º 3, nov./dez. 2014.
- (22) Taylor SG, Renpenning KE, Geden EA, Neuman BM, Hart MA. A Theory of Dependent-Care - A corollary theory to Orem's Theory of self-care. *Nurs Sci Q*, 14: 01, 2001.
- (23) Peduzzi M. O SUS é interprofissional Interface comun. saúde educ. São Paulo, v.20, n.56, p.199-201, 2016.
- (24) Costa SRD, Castro EAB. Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. *Rev. bras. enferm.* Brasília, v.67(6):979-86, nov./dez., 2014.

- (25) Camarano AA, Kanso S, Mello JL. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano AA (Org.). Os novos Idosos Brasileiros: Muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
- (26) Dias DC. Instrumento para avaliação da capacidade de autocuidado de pacientes adultos – CADEM. Rev. Bras. Enf. Brasília, v.49(3): 315-332, jul./set., 1996.
- (27) Elias NA. Solidão dos moribundos. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2011.
- (28) Faria L, SANTOS LAC. *Sense of Coherence*: o Sentido de Coerência nos caminhos do envelhecimento. In: Envelhecimento: um olhar interdisciplinar. Faria L et al. (org). São Paulo: Editora Hucitec, 2016.
- (29) Menezes RL, MARTINS AC. Envelhecimento na perspectiva da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. In: Faria L et al. (org). Envelhecimento: um olhar interdisciplinar. São Paulo: Editora Hucitec, 2016.
- (30) Le Breton D. Desaparecer de si: uma tentação contemporânea. Rio de Janeiro: Vozes, 2018
- (31) Abotalebidasari G, Memarian R, Vanaki Z, Kazemnejad A, Naderi N. Self-Care Motivation Among Patients With Heart Failure: A Qualitative Study Based on Orem's Theory. Res Theory Nurs Pract. 2016 Nov 1;30(4):320-332.
- (32) Alves BS, Oliveira ASO, Santana ES, Chaves RN, Marinho MS, Reis LA. Caracterização dos cuidadores informais de idosos dependentes quanto aos aspectos demográficos e de saúde. Rev. Saúde Col. UEFS [Internet]. 15º de novembro de 2019; 9:113-8.
- (33) Fonseca RSB, Mendes PN, Figueiredo M do LF. O cuidado domiciliar de idosos frágeis: implicações para a qualidade de vida de cuidadores informais. Kairós-Gerontologia [Internet]. 2018; 21(4):425-40.
- (34) Faria L et al. Sentimento mútuo: as relações de cuidar e ser cuidado no domicílio. In: Envelhecimento: um olhar interdisciplinar. Faria L et al. (org). São Paulo: Editora Hucitec, 2016.
- (35) Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- (36) Voltolini BC, Andrade SR, Piccoli T, Pedebôs LA, Andrade V. Reuniões da Estratégia Saúde da Família: um dispositivo indispensável para o planejamento local. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2019 [acesso em 28-08-2021]; 28: e20170477.
- (37) Onofri Júnior VA, VMartins VS, Marin MJS. Elderly health care in the Family Health Strategy and the prevalence of common mental disorders. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [on-line]. 2016, v. 19, n. 1 [Accessed 4 September 2021], pp. 21-33.
- (38) HACKEL, J & FAWCETT, J. Teaching and learning from case studies: the added value of using a nursing conceptual model to construct cases. Nursing Science Quarterly, 2018, Vol. 31(3) 263–271.
- (39) Ortiz-Mallasén V, Claramonte-Gual E, Cervera-Gasch Á, Cabrera-Torres E. Evaluación de la efectividad de un programa de intervención en cuidadores no profesionales de personas dependientes en el ámbito de la atención primaria. Atención Primaria, Volume 53, Issue 1, January 2021.
- (40) Aragão MM, Alvarez REC. Autonomia/autocuidado, diálogo na Atenção Básica. In: Pinho PH et al. Saúde da família em terras baianas (Orgs.). Cruz das Almas (BA): EDUFRB, vol. 7, 2020. P.39-56.

Como citar

Xavier AJA, Oliveira DS, Alvarez REC. Necessidades de cuidado e autocuidado de idosos domiciliados em município baiano, à luz da Teoria de Orem. Revista Portal Saúde e Sociedade, 8 (único): e02308013esp. DOI: 10.28998/rpss.e02308013esp



Este é um artigo publicado em acesso aberto (*Open Access*) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Conflito de interesses

Sem conflito de interesse

Financiamento

Sem apoio financeiro

Contribuições dos autores

Concepção e/ou delineamento do estudo: AJAX, RECA. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: AJAX, RECA, DSO. Redação preliminar: AJAX. Revisão crítica da versão preliminar: AJAX, RECA, DSO. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram em prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.