

Capacidades de Autocuidado e Sua Relação com os
Fatores Condicionantes Básicos: Um Estudo em Unidades
Básicas de Saúde

Self-Care Capabilities and Its Relation with the Basic Restrictions
Factors: A Study on Basic Health Units

Capacidades de Autocuidado y su Relación con los Factores
Condicionantes Básicos: Un Estudio en Unidades Básicas de Salud

José Vitor da Silva¹

Daniel Rodrigues Machado²

Jéssica de Cássia Costa Martins³

Jorge Leonardo Narcy³

Thiago Aparecido Porfirio⁴

Francisco Noronha de Andrade⁵

1 – Enfermeiro. Pós-doutorando pela Universidade de São Paulo. Docente da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB), Itajubá-MG e da Universidade do vale do Sapucaí (UNIVÁS), Pouso Alegre-MG. E-mail: enfjvitorsilva@oi.com.br

2 – Enfermeiro pela EEWB. Mestrando em Ciências pela USP, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA). E-mail: danimachado@usp.br

3 – Acadêmicos do 7^a Período do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIVÁS.

4 – Enfermeiro pela UNIVÁS. Técnico de Enfermagem no Hospital das Clínicas Samuel Libânio, Pouso Alegre.

5 – Acadêmico do 7^a Período da EEWB. Bolsista de Iniciação Científica pela FAPEMIG.

RESUMO

Os objetivos deste estudo foram: 1) identificar as características sócio-demográficas e de saúde dos usuários das unidades básicas de saúde de Itajubá-MG; 2) avaliar as suas capacidades de autocuidado e 3) relacionar as características sócio-demográfica e de saúde com as capacidades de autocuidado. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritivo, e transversal. A amostra foi constituída de 228 pessoas residentes em Itajubá. A amostragem foi do tipo não probabilístico por conveniência. Foram utilizados dois instrumentos: 1) Caracterização sócio-demográfica e de Saúde e 2) Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (ASA-A). Numa escala de 24 a 120 pontos, a avaliação das capacidades de autocuidado dos participantes do estudo, por meio da ASA-A, alcançou M=89,28 pontos e DP=12,52. Ao correlacionar as diversas variáveis sócio-demográficas e de saúde com a ASA-A, encontrou-se correlação positiva e significativa com: "idade" ($r=0,5$; $p=0,025$); "sua saúde em comparação com o último ano" ($r=0,4$; $p=0,046$); "participação em programas de saúde" ($r=0,5$; $p=0,001$); "ingestão de remédios" ($r=0,5$; $p=0,038$) e "realização de exercício físico" ($r=0,6$; $p=0,001$). Concluiu-se que as capacidades de autocuidado encontravam-se em parâmetro "muito bom" e estava correlacionada com diversas variáveis sócio-demográficas e de saúde.

Descritores: Autocuidado, Saúde, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The objectives of this study were: 1) identify socio-demographic and health characteristics of basic health unit's users in Itajubá -MG; 2) Evaluate their capacity for self-care and 3) relate the socio-demographic and health characteristics with self-care competencies. It is a study of quantitative approach, descriptive and transversal type. The sample was made up of 228 people residing in Itajubá. The sampling was not probabilistic type for convenience. The two instruments used were: 1) Socio-demographic and health characterization and 2) Scale to evaluate the Self-care capabilities (ASA-A). On a scale of 24 to 120 points, the evaluation of self-care capabilities of the participants surveyed through the ASA-A, reached M=89.28 points and DP=12.52. By correlating the various socio-demographic variables and health with ASA-A, it was found a significant and positive correlation with: "age" ($r=0,5$; $p=0.025$); "its health in comparison with last year" ($r=0,4$; $p=0.046$); "participation in health programs" ($r=0,5$; $p=0.001$); "intake of medicines" ($r=0,5$; $p=0.038$) and "working out" ($r=0,6$; $p=0.001$). It was concluded that the capabilities of self-care parameter was "very good" and was correlated with a number of socio-demographic and health variables.

Descriptors: Self Care, Health, Primary Health Care.

RESUMEN

Los objetivos de este estudio fueron: 1) identificar las características socio-demográficas y de salud de los usuarios de unidades básicas de salud Itajubá-MG, 2) evaluar su capacidad de autocuidado y 3) relacionar las características socio-demográfica y de salud con las capacidades de autocuidado. Se trata de un estudio de abordaje cuantitativa, del tipo descriptivo y transversal. La muestra estuvo constituida por 228 personas que viven en Itajubá. La muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se utilizaron dos instrumentos: 1) Caracterización socio-demográficas y de Salud y 2) Escala para evaluar las capacidades de autocuidado (ASA-A). En una escala de 24 a 120 puntos, la evaluación de las capacidades de autocuidado de los participantes del estudio a través de la ASA-A, alcanzó M=89,28, SD=12.52 puntos. Al correlacionar las

diversas variables socio-demográfica y de salud con ASA-A, se encontró correlación positiva y significativa con la "edad" ($r=0,5$; $p=0,025$), "su salud en comparación con el año pasado" ($r=0,4$; $p=0,046$), la participación en programas de salud (" $r=0,5$; $p=0,001$)," la ingestión de medicamentos (" $r=0,5$; $p=0,038$) y" ejercicio físico (" $r=0,6$; $p=0,001$). Se concluyó que las capacidades de autocuidado se encontraban en parámetros "muy buen" y se correlacionó con diversos aspectos socio-demográficos y de salud.

Descriptor: Autocuidado, salud, Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças (WHO, 1946), considerando que já existe hoje uma proposta em inserir na definição acima, a dimensão espiritual (WHO, 1998).

A promoção da saúde reconhece o autocuidado como estratégia fundamental de manutenção da saúde e da capacidade funcional. A promoção da saúde compreende a disponibilidade de um *continuum* de serviços que atenda às necessidades das pessoas nas atividades do dia a dia (LITVOC; DERNTL, 2002).

Brasil (2009), afirma que o autocuidado deve ser altamente considerado em todo o processo de estruturação e execução dos serviços de saúde, incluindo, sobretudo, a atenção primária à saúde.

Muitos profissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde limitam-se às práticas dos procedimentos, prescrição e administração de medicamentos, ou seja, agem de forma paternalista.

Esse modelo equivocado de atuação, portanto, contraria Otero; Zanetti e Teixeira (2007), pois eles dizem que as intervenções direcionadas aos clientes devem ser estabelecidas para além do cuidado clínico da doença, devendo se investir nas ações direcionadas para o autocuidado como uma ferramenta de intervenção.

O usuário do sistema de saúde, também, não está despertado para o autocuidar-se na perspectiva de prevenção de enfermidades e promoção da saúde, assim como do

controle das enfermidades crônicas. Ele tem, ainda, uma atitude muito passiva e de submissão em relação à sua saúde (SILVA *et al.*, 2010).

Para Orem (2001) o autocuidado é uma prática de atividades que uma pessoa inicia e realiza por deliberação própria para manter sua vida saúde e bem estar.

De acordo com a Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado, a capacidade de autocuidado é uma ferramenta que auxilia o indivíduo a iniciar e realizar atividades em benefício próprio com a finalidade de manter a vida, saúde e qualidade de vida (OREM, 2001).

Orem (2001) diz que as capacidades de autocuidado referem-se aos conhecimentos, habilidades e experiências que as pessoas precisam obter para a realização do autocuidado, sendo influenciadas, também, pelos fatores condicionantes básicos.

Os fatores condicionantes básicos referem-se aos aspectos internos denominados intrínsecos e externos, que são os extrínsecos. Orem (2001) estabeleceu dez fatores condicionantes básicos e destes, considerou intrínseco os seguintes: idade, sexo (gênero), estado de desenvolvimento e estado de saúde. Nomeou como extrínseco: orientação sócio-cultural, sistema de saúde, sistema familiar, padrão de vida, os aspectos ambientais e a disponibilidade e a adequação de recursos.

Assim, a associação das capacidades de autocuidado com os fatores condicionantes básicos deve ser evidenciada e considerada como uma estratégia com o propósito de prevenção de enfermidades e promoção da saúde, bem como para despertar as pessoas no sentido de cuidarem de sua saúde de forma consciente e responsável.

Mediante ao exposto, o presente estudo objetivou: 1) identificar as características sócio-demográficas e de saúde dos usuários das unidades básicas de saúde de Itajubá-MG; 2) avaliar as suas capacidades de autocuidado e 3) relacionar as características sócio-demográfica e de saúde com as capacidades de autocuidado.

MÉTODO

Este estudo foi realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Itajubá, MG. O município de Itajubá possui 90.658 habitantes, abrange uma área de 295 Km² (IBGE, 2011) e conta com 15 UBS, sendo cinco na zona rural, dez na zona urbana e duas policlínicas municipais.

A pesquisa foi de abordagem quantitativa, do tipo descritivo, analítico e transversal.

A população do presente estudo foi delimitada por pessoas de ambos os gêneros chamadas de "Usuárias do Sistema Único de Saúde" - usuárias do SUS, devidamente cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde, da zona urbana e rural da cidade de Itajubá.

A amostra foi constituída inicialmente por 240 voluntários, o que corresponde a 10 participantes por item do instrumento de avaliação das capacidades de autocuidado, conforme recomendam Nunnaly e Bertein (1994). Porém, houve recusa de 5% entre os prováveis participantes e a amostra final do estudo ficou composta por 228 pessoas. A amostragem foi do tipo não probabilístico por conveniência.

Os critérios de elegibilidade foram os seguintes: concordar em participar do estudo; possuir idade igual ou superior a 18 anos, estar cadastrado nas UBS de Itajubá-MG.

A entrevista foi estruturada direta, na qual os entrevistadores leram para o entrevistado cada item dos instrumentos com as suas possíveis opções de respostas, identificaram as respostas do entrevistado e as registraram nos respectivos instrumentos. A coleta dos dados aconteceu nas UBS, em local adequado, ou seja, isento de ruídos e que oferecesse condições para manutenção da privacidade do participante do estudo. O período da coleta de dados envolveu o mês de julho de 2005.

Para a captação dos dados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

1- **Caracterização sócio-demográfica e de Saúde:** este instrumento está composto, predominantemente, por questões fechadas, que detectam dados sócio-demográficos e de saúde dos respondentes.

2- Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (ASA-A): validada por Silva e Kimura (2002) abrange 24 itens que admitem respostas em uma escala *Likert* de cinco posições: discordo totalmente, discordo, nem concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente. Os itens dizem respeito à: disponibilidade, vontade e condições das pessoas em modificar as suas vidas melhorando-a; também avalia os cuidados com a alimentação, higiene e peso. Os itens aferem ainda se os participantes procuram realizar adaptações para melhorar a própria saúde e se buscam rede de apoio em caso de dificuldades com os procedimentos de autocuidado. O escore da escala varia de 24 a 120 pontos, sendo que escores altos indicam nível elevado de capacidades de autocuidado.

Para facilitar a interpretação desta escala, foram elaborados parâmetros que são utilizados para análise dos valores das médias, conforme exemplificado na tabela 1.

Tabela 1 – Parâmetros de avaliação das capacidades de autocuidado dos usuários de UBS.

Pontuação (24 a 120)	Categoria
24 40	Péssima
40 56	Ruim
56 72	Regular
72 88	Boa
88 104	Muito boa
104 120	Ótima

Para a análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva, por meio da frequência e porcentagem, para as variáveis categóricas, assim como das medidas de tendência central, para as variáveis contínuas ou numéricas. Da estatística inferencial,

foram utilizadas as correlações de *Pearson* e *Spearman*, assim como o teste alfa de *Cronbach*.

À pesquisa seguiu às recomendações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde, no que concerne a estudos que envolvem seres humanos. O trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS), Pouso Alegre, MG, tendo recebido parecer favorável sob o número de protocolo: 535/05.

RESULTADOS

O instrumento de caracterização sócio-demográfica e de saúde detectou que 79,8% dos participantes eram do gênero feminino; a média de idade foi de 42,31 anos (DP=6,8); 69,3% moravam na zona urbana; 78,9% praticavam a religião católica; 94,7% sabiam ler; 93,4% sabiam escrever; 53,1% possuíam o ensino fundamental incompleto; 57,9% eram casados; 92% tinham filhos, sendo que 41,2% tinham de um a dois filhos; o tipo de família nuclear prevaleceu (72,8%); 34,2% estavam empregados ou trabalhavam por conta própria; 34,2%, contavam com renda média mensal de R\$ 606,10, sendo que o número médio de dependentes dessa renda foi de 7,69 pessoas. Com relação à percepção atual de saúde, 41,2% disseram que ela estava “boa”; quando a situação atual de saúde foi comparada com o último ano, 52,2% selecionaram a opção “a mesma coisa”; quando a saúde própria do indivíduo foi comparada com a saúde de outras pessoas de sua idade, a resposta mais frequente foi “melhor” (38,6%); 40,4% relataram serem portadores de algum tipo de patologia crônica não transmissível, ao passo que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi a doença crônica mais citada (13,6%); 70,4% das pessoas que possuíam doenças crônicas ingeriam remédios; 40% participavam de programas de saúde específicos para a sua doença crônica; 60,2% realizavam exercícios físicos regularmente.

A tabela 2 evidencia os escores obtidos pela escala que avaliou as capacidades de autocuidado dos voluntários do estudo.

Tabela 2 – Avaliação das Capacidades de Autocuidado dos participantes do estudo. Itajubá, MG, 2005 (n = 228)

Escala	Média	Mediana	Desvio padrão
ASA-A	89,28	92	12,52

Fonte: Instrumento de Pesquisa

Ao correlacionar as diversas variáveis sócio-demográficas e de saúde com a ASA-A, encontrou-se correlação positiva e significativa com: “idade” ($r=0,5$; $p=0,025$); “sua saúde em comparação com o último ano” ($r=0,4$; $p=0,046$); “participação em programas de saúde” ($r=0,5$; $p=0,001$); “ingestão de remédios” ($r=0,5$; $p=0,038$) e “realização de exercício físico” ($r =0,6$; $p=0,001$).

A consistência interna da ASA-A foi analisada por meio do Coeficiente alfa de Cronbach e o valor obtido foi 0,8480.

DISCUSSÃO

Ao analisar as capacidades de autocuidado encontrou-se que o seu nível foi “muito bom”, o que coincide com os estudos de Silva *et al.* (2010) e Silva; Machado e Andrade (2011), que avaliaram as capacidades de autocuidado entre pessoas idosas.

Isto pode estar relacionado ao fato de que a maior proporção dos participantes do estudo era do gênero feminino. É sabido que as mulheres, nas funções de mãe, são as cuidadoras da família e, por isso, estão frequentemente acompanhando os seus familiares nos diversos atendimentos de saúde o que lhes dá conhecimento, experiência e habilidades. Este pode ser o provável motivo de terem o seu autocuidado tão desenvolvido. Pinheiro *et al.* (2002) e Figueiredo (2005) afirmam que as mulheres freqüentam mais os serviços de atenção primária do que as pessoas do gênero masculino. Lyra-da-Fonseca *et al.* (2003) esclarecem que o papel do cuidar é próprio do

gênero feminino e isso é justificado pela socialização que as mulheres recebem, desde cedo, para reproduzirem e consolidarem os papéis que as tornam responsáveis, quase que exclusivamente, pela manutenção das relações sociais (de cuidados) e pela prestação de serviços aos outros.

Mais da metade da população entrevistada declarou estado civil casado. Supostamente este estado civil gera filhos, os quais causam preocupação aos pais em relação à saúde. Isto demanda determinadas necessidades, tais como vacinação, teste do pezinho, entre outras. A mãe, por sua vez, poderá apresentar preocupação em manter ou melhorar o seu estado de saúde para melhor cuidar da família. Segundo Orem (2001), o estado civil é um elemento que interfere nas capacidades de autocuidado.

Uma proporção considerável dos participantes do estudo estava empregada ou trabalhava por conta própria, o que lhes proporcionava uma renda familiar média mensal de R\$ 606,10. Para desenvolverem atividades profissionais há a necessidade de uma boa saúde física e mental, o que os leva a despertarem para o autocuidado. Segundo Orem (2001) os recursos financeiros são um dos constituintes do elenco dos fatores condicionantes básicos que influenciam as capacidades de autocuidado. Embora esse resultado contradiga os postulados de Orem, pode-se depreender que quanto menor o rendimento maior é a preocupação em torno do autocuidado, considerando que este fenômeno é uma estratégia de promoção da saúde.

Com relação à baixa frequência de participação em programas específicos para os seus problemas de saúde, deduz-se que esse achado pode estar associado ao fato de que o horário dessas atividades coincide com os afazeres domésticos e com os cuidados dispensados aos filhos, no caso do gênero feminino. Brasil (2010) afirma que as mulheres destinam grande parte do seu tempo disponível para as atividades não remuneradas, como tarefas domésticas e cuidados com os seus descendentes. Por outro lado, pode-se inferir que o horário de funcionamento dos serviços de atenção primária à saúde não atendem às demandas dos homens, por coincidirem com o horário de trabalho deles. Então, como as atividades laborativas vêm em primeiro lugar na lista de preocupações masculinas, a busca por esses serviços fica em plano secundário. Gomes; Nascimento e Araujo (2007) realizaram uma pesquisa que analisou as explicações presentes em

discursos masculinos para a pouca procura dos homens por serviços de saúde, sendo que uma das explicações emergente estava relacionada ao horário de trabalho deles.

Ao analisar o estado atual de saúde, observou-se que prevaleceu a percepção “boa”. Isso pode estar associado ao fato de que a proporção de voluntários que possuíam doença crônica foi minoritária. Talvez seja esse um motivo dessa percepção do estado de saúde.

Quando questionados sobre doenças crônicas não transmissíveis, os informantes evidenciaram a HAS como a patologia mais prevalente. A HAS é uma doença crônica não transmissível de alta prevalência, cujo diagnóstico, tratamento e controle são imprescindíveis para a prevenção de patologias graves, como insuficiência cardíaca congestiva, infarto agudo do miocárdio, nefropatia hipertensiva, doenças cerebrovasculares, entre outras. Essa doença crônica atinge aproximadamente de 22,3% a 43,9% da população adulta brasileira, utilizando-se como critério de diagnóstico a pressão arterial maior ou igual a 140/90 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2002). Santos *et al.* (2009) colaboram na discussão afirmando que a HAS é uma das doenças mais frequentes em todo o planeta.

A maior parte dos voluntários do estudo que possuíam doenças crônicas fazia uso de medicamentos. Isso pode estar relacionado ao fato de que atualmente há inúmeros fármacos que são eficientes no controle das doenças crônicas, sendo que estudos clínicos randomizados controlados já comprovaram os benefícios de medicamentos em pessoas acometidas por doenças crônicas não transmissíveis. Lima (2005) realizou uma pesquisa com pacientes diagnosticados com HAS e identificou que 78% deles faziam uso de medicamentos anti-hipertensivo.

Em relação à percepção do estado de saúde atual comparado ao ano anterior, identificou-se que a percepção dos voluntários do estudo esteve relacionada com a expressão “mesma coisa”. Nessa faixa-etária, devido à ausência de doenças crônicas, geralmente o estado de saúde é mantido o mesmo, em decorrência da ausência de doenças crônicas, pois se pode inferir que com a chegada das mesmas essa percepção se altere devido à sua sintomatologia e terapêutica que acarreta mudanças no estado de saúde.

A partir da quarta década da vida, uma série de alterações do ponto de vista de saúde começa a surgir na vida humana. A principal delas é a ocorrência das doenças crônico-degenerativas não transmissíveis que produz uma série de transtornos na capacidade funcional, assim como nas atividades diárias das pessoas, que até então, se encontravam em plena vida produtiva (GUIMARÃES; MONTEIRO; GUEDES, 2010).

No presente estudo, a maioria dos participantes praticava exercícios físicos regularmente. A possível explicação para esse fato pode estar relacionada ao fato de que os exercícios físicos contribuem positivamente para a dimensão física, psíquica e social, causando impacto positivo na autoestima, memória e capacidade funcional, além de serem eficientes para o controle e prevenção de agravos à saúde humana. Para Monteiro e Faro (2006) a sociedade divulga cada vez mais a necessidade de se ter hábitos saudáveis de vida, o que faz com que as pessoas procurem mais frequentemente às praças de esporte, os lugares públicos destinados à prática de exercício físico, os clubes esportivos e às academias de ginástica. Dias (2010) colabora na discussão dizendo que a prática de atividade física pode proporcionar o relaxamento do corpo e da mente, além de melhorar o aspecto biológico/fisiológico do indivíduo. Enfim, supõe-se que a pessoa ao praticar exercícios físicos esteja, também, praticando o autocuidado, o que provavelmente explica o nível “muito bom” das capacidades de autocuidado dos participantes deste estudo.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo limitou-se em avaliar uma amostra de pessoas que frequentava sistematicamente um serviço de saúde e este por sua vez direta ou indiretamente favoreceu o conhecimento e as habilidades de autocuidar-se. Associado a isso, a população estudada compreendeu uma faixa etária predominantemente ainda não portadora de doença crônica e, isto, muitas vezes, não desperta as pessoas de forma deliberada para o autocuidado, porque a saúde fica mantida no estado contínuo de ausência de doenças. A amostragem foi de natureza não probabilística e isto estabelece a seleção intencional ou racional dos participantes, o que, por vez, impede a aleatoriedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas residentes nas mais diversas comunidades têm como recurso de saúde as UBS. As mesmas oferecem aos seus usuários serviços relacionados com os aspectos de prevenção, recuperação e controle das doenças crônicas não transmissíveis.

Entretanto, os recursos existentes nas UBS não atendem todas as demandas de seus usuários. Por outro lado, o autocuidado também não é uma prática incentivada pela equipe de enfermagem aos seus pacientes. Com isso, o tratamento está centralizado e limitado a doença e a figura do médico que, por sua vez se restringe apenas a medicalização, negando ou desconhecendo outras estratégias de saúde.

Diante disso, cabe ao profissional enfermeiro conscientizar-se da necessidade e da prática do autocuidado e conseqüentemente ensinar e avalia-las junto aos usuários das UBS, onde atua.

Recomenda-se que sejam realizados outros estudos desta natureza com pessoas não usuárias de UBS, com indivíduos portadores de doença crônica e, especificamente, com o gênero masculino, para efeito de comparação dos resultados deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da saúde. **Manual de Educação em Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Mulher: um diálogo aberto e participativo**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.
3. DIAS, D. G. **A prática de atividades físicas na promoção da saúde física e mental dos idosos do município de Moeda/MG: uma proposta de intervenção**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica da Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete, 2010.

4. FIGUEREDO, W. Assistência à Saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.
5. GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.
6. GUIMARÃES, E. C.; MONTEIRO, F. P.; GUEDES, N. A. C. **Homens e mulheres de meia-idade: como estão sua qualidade de vida e religiosidade?** Trabalho de Iniciação Científica (FAPEMIG) – Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, Itajubá, 2010.
7. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **IBGE Cidades**, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=313240#>>. Acesso em: 2 abr. 2012.
8. LIMA, S. G. *et al.* Systemic hypertension at emergency units: the use of symptomatic drugs as choice for management. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 2, p. 115-123, 2005.
9. LITVOC, J.; DERNTL, A. M. Capacidade Funcional do Idoso: Significado e aplicações. In: CIANCIARULLO, T. I. *et al.* (Orgs.). **Saúde na Família e na comunidade**. São Paulo: Robe Editorial, 2002. p. 268-318.
10. LYRA-DA-FONSECA, J. L. C. *et al.* Homens e cuidado: uma outra família? In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. (Orgs.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2003. p. 79-91.
11. MONTEIRO, C. R.; FARO, A. C. M. Atividade física segundo a percepção dos estudantes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 843-848, 2006.
12. NUNNALLY, J. C.; BERNSTEIN, H. P. **Psychometric Theory**. 3. ed. New York: McGraw-Hill, 1994.

13. OREM, D. E. **Nursing concepts of practice**. Boston: Mosby, 2001.
14. OTERO, L. M.; ZANETTI, M. L.; TEIXEIRA, C. R. S. Características sociodemográficas e clínicas de portadores de diabetes em um serviço de atenção básica à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 15, p. 768-773, 2007.
15. PINHEIRO, R. S. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n. 2, p.687-707, 2002.
16. SANTOS, A. J. M. *et al.* A não adesão de pacientes hipertensos ao tratamento em unidades básica de saúde (USB). **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, São Paulo, v.27, n. 24, p. 330-337, 2009.
17. SILVA, J. V. *et al.* Avaliação das Capacidades de autocuidado de Pessoas Idosas Usuárias de Unidades Básicas de Saúde. **Revista Técnico-Científica de Enfermagem (RECENF)**, Imbituba, v. 8, p. 352-358, 2010.
18. SILVA, J. V.; MACHADO, D. R.; ANDRADE, F. N. Avaliação da Qualidade de Vida e Autocuidado de Pessoas Idosas Residentes em Áreas Urbano Marginadas de Monterrey, N.L., México. **Revista Técnico-Científica de Enfermagem (RECENF)**, Imbituba, v. 9, p. 101-107, 2011.
19. SILVA, J. V.; KIMURA, M. **Adaptação Cultural e Validação do Instrumento de Capacidades de Autocuidado “Appraisal of self-care agency scale”**. Trabalho de Pesquisa. (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
20. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 9, n.4, p.359-408, 2002.
21. WHO (World Health Organization). **Constitution of the World Health Organization. Basic Documents**. Genebra: WHO, 1946.
22. WHO. WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB). **Report on WHO Consultation**. Geneva; 1998.

Recebido em: 06/04/2012

Aceito em: 21/05/2012

Endereço para contato: enfjvitorsilva@oi.com.br