



O IMPACTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NA AUTONOMIA E AUTOCUIDADO DOS IDOSOS

Resumo: Identificar a percepção dos idosos com doenças crônicas não transmissíveis sobre sua autonomia pessoal e seu autocuidado. Pesquisa qualitativa fundamentada na metodologia da História Oral Temática realizada entre fevereiro de 2021 e janeiro de 2022. Foram realizadas entrevistas online com 10 idosos participantes de um programa universitário para a pessoa idosa. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas conforme os preceitos da metodologia. Os resultados foram agrupados pela proximidade dos depoimentos, suscitando duas categorias temáticas: 1) A prática do autocuidado na convivência com a doença; 2) O impacto do adoecimento na autonomia. O estudo apontou que houve mudanças significativas na percepção da autonomia e do autocuidado pelos idosos em decorrência do acometimento das doenças crônicas e impeliu a readequação do estilo de vida e da dinâmica familiar. Além disso, os idosos mostraram-se resilientes, apesar da sensação de sofrimento e tristeza na convivência com a doença.
Descritores: Idoso, Autonomia Pessoal, Autocuidado, Doenças não Transmissíveis.

The impact of chronic diseases on the autonomy and self-care of the elderly

Abstract: To identify the perception of the elderly about the carrier of non-communicable chronic diseases about their personal autonomy and their self-care. Qualitative research based on the Thematic Oral History methodology carried out between February 2021 and January 2022. Online interviews were carried out with 10 participants of a university program for the elderly. As the interviews were traced, transcribed and precepts of the methodology. The results were grouped by the proximity of the testimonies, raising two thematic categories: 1) Living with the disease; 2) The impact of illness on autonomy. The study of chronic diseases in which there were significant changes in the perception of autonomy and self-care in the elderly regarding behavioral diseases and the readjustment of life and family dynamics. In addition, those facing forward are resilient, despite the feeling of suffering and sadness of living with diseases.

Descriptors: Aged, Personal Autonomy, Self Care, Noncommunicable Diseases.

El impacto de las enfermedades crónicas en la autonomía y el autocuidado de las personas mayores

Resumen: Identificar la percepción de los ancianos con enfermedades crónicas no transmisibles, sobre su autonomía personal y su autocuidado. Investigación cualitativa basada en la metodología Historia Oral Temática realizada entre febrero de 2021 y enero de 2022. Se realizaron entrevistas online a 10 participantes de un programa universitario para adultos mayores. Por lo que las entrevistas fueron rastreadas, transcritas y preceptos de la metodología. Los resultados fueron agrupados por la proximidad de los testimonios, planteando dos categorías temáticas: 1) Vivir con la enfermedad; 2) El impacto de la enfermedad en la autonomía. El estudio de las enfermedades crónicas en las que hubo cambios significativos en la percepción de autonomía y autocuidado de los ancianos frente a las enfermedades del comportamiento y el reajuste de la vida y la dinámica familiar. Además, los que miran hacia adelante son resilientes, a pesar del sentimiento de sufrimiento y tristeza de vivir con la enfermedades.

Descriptor: Anciano, Autonomía Personal, Autocuidado, Enfermedades no Transmisibles.

Raquel Spindola Samartini

Enfermeira. Escola Paulista de Enfermagem,
Universidade Federal de São Paulo.
E-mail: rsamartini@yahoo.com.br

Lara Miguel Quirino Araujo

Professora Adjunta. Departamento de
Geriatría e Gerontología. Escola Paulista de
Medicina. Universidade Federal de São Paulo,
São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: lara.mqaraujo@gmail.com

Viviane Cristina Cândido

Professora Adjunta. Centro de História e
Filosofia da Saúde, Escola Paulista de
Medicina, Universidade Federal de São Paulo.
E-mail: candido.viviane@unifesp.br

Submissão: 03/04/2023

Aprovação: 12/06/2023

Publicação: 13/07/2023



Como citar este artigo:

Samartini RS, Araujo LMQ, Cândido VC. O impacto das doenças crônicas na autonomia e autocuidado dos idosos. São Paulo: Rev Recien. 2023; 13(41):561-569. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2023.13.41.561-569>

Introdução

O Brasil está em processo acelerado de envelhecimento populacional, segundo dados do Relatório mundial de envelhecimento e saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a principal causa do ônus ou carga de doenças e mortes na população, chegando a 90% do Disability Adjusted Life Years (DALY) em idosos acima de 70 anos². Ou seja, a morte dos idosos ocorre, predominantemente, devido aos agravos associados às DCNT, as quais incluem principalmente, doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes *mellitus* (DM). Além disso, é válido ressaltar o comprometimento das capacidades físicas e mentais, podendo acarretar prejuízo da habilidade funcional, e consequentemente, de sua autonomia e autocuidado³.

As DCNT associadas ao comprometimento funcional em diversos níveis de gravidade podem impactar negativamente o autocuidado e a autonomia pessoal⁴ entendida como a capacidade de tomar decisões livremente de acordo com valores, crenças, aspirações e objetivos pessoais⁵. Desse modo, vários estudos atribuem a presença de DCNT como parte responsável pelas limitações para execução das atividades diárias, o que gera dependência, vulnerabilidade e sofrimento no processo de envelhecimento do idoso⁴⁻⁷.

Além disso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), aprovada pela Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006 trata e ressalta a valorização da autonomia e da independência e do idoso como essencial⁸. Assim, a compreensão do processo de envelhecimento e suas reais demandas

pelos profissionais de saúde é parte fundamental para a prática de uma assistência que zele pela dignidade e pelo controle decisório de si próprio^{9,10}.

Com isso, o presente estudo justifica-se pela importância do levantamento da realidade vivida pelas pessoas idosas com DCNT, a partir da escuta de suas narrativas acerca dessa experiência, a fim de se identificar os desafios trazidos por essa condição e as necessidades decorrentes dela.

Objetivo

Identificar a percepção dos idosos com doenças crônicas não transmissíveis sobre sua autonomia pessoal e seu autocuidado.

Material e Método

Aspectos éticos

A coleta de dados ocorreu somente após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisas, sob o número: 4.756.896 e CAAE: 37482420.6.0000.5505 da Universidade Federal de São Paulo e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atendendo ao disposto na Resolução CNS nº 466/2012.

Referencial teórico-metodológico

O método da História Oral Temática trata de um assunto específico e preestabelecido, o qual é o foco do estudo, e a partir disso, realiza-se a coleta, a análise e a interpretação dos fatos, comprometendo-se com a opinião do sujeito acerca de um evento definido^{11,12}. A abordagem qualitativa valoriza aspectos das relações humanas, o que não é perceptível ou captável quantitativamente.

A escolha por este método partiu da necessidade de se compreender a vivência dos próprios atores deste cenário, de modo que se respeitem as particularidades individuais e auxiliem na

compreensão mais profunda da realidade vivida por esses idosos^{13,14}.

Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa qualitativa pautada no método da História Oral Temática. O detalhamento metodológico deste estudo ancora-se no *guideline* de Consolidação para Relatórios de Pesquisa Qualitativa (COREQ)¹⁵.

Procedimentos metodológicos

A pesquisa foi realizada por uma graduanda de enfermagem e suas orientadoras experientes na aplicação da metodologia, no período entre fevereiro de 2021 e janeiro de 2022, e foi dividida em duas fases. Os participantes aceitaram participar da pesquisa somente após a leitura do TCLE, disponibilizado anteriormente aos instrumentos de coleta de dados das duas fases, que ocorreu de forma online. A pesquisa está vinculada ao Departamento de Medicina, Campus São Paulo da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo.

Para a primeira fase, todos os idosos da Universidade Aberta para as Pessoas Idosas da Universidade Federal de São Paulo (UAPI/Unifesp) campi São Paulo e Diadema foram convidados a participar, apenas com o objetivo de identificar os idosos com DCNT. Para tanto, foi elaborado um questionário online com questões que versavam acerca da história pregressa de saúde dos participantes, como 'Qual a idade do sr(a)', 'O senhor(a) possui alguma doença crônica?' e 'Se sim, qual(is) doença(s) crônicas possui?', e contou com 70 respostas. Após análise do perfil, 59 idosos obedeceram aos critérios de inclusão para participar da segunda fase, que são: ter idade superior a 60 anos, possuir pelo menos uma DCNT, permitir a

audiogravação da entrevista e consentir em participar do estudo. Tinha-se previamente definido entrevistar apenas 10 idosos pelo método da História Oral por conveniência das pesquisadoras.

A segunda fase constituiu-se de parâmetros fundamentados nos pressupostos da História Oral Temática¹¹. Os 10 entrevistados foram selecionados seguindo-se a ordem de preenchimento do questionário e foram agendadas duas entrevistas por vídeo chamada, conforme disponibilidade dos idosos. O levantamento de dados se deu por meio de três questões norteadoras: Como o(a) senhor(a) lida com a doença? Como a doença afeta sua autonomia? Como a doença afeta seu autocuidado?

Devido à baixa adesão de participantes do sexo masculino, todas as participantes são do sexo feminino. Os respondentes foram identificados com um nome fictício para garantir o sigilo das informações, valorizando a individualidade de cada um.

Organização e análise dos dados

Para a organização dos dados da segunda fase foram percorridas as etapas conforme os pressupostos da História Oral: transcrição, textualização e transcrição. A transcrição consiste na materialização em forma de texto escrito na íntegra do conteúdo oral gravado. A textualização é a etapa em que se suprimem as perguntas, os termos repetitivos, e vícios de linguagem adequando a estruturação lógica e normativa para um texto escrito. A transcrição é o processo de intervenção dos aspectos mais subjetivos no texto, como a descrição de momentos de emoção, ou silêncios significativos, interpretando o que foi dito e registrado^{11,12}.

Cada participante do estudo recebeu uma cópia

da transcrição da entrevista para aprovar o conteúdo escrito e validar sua veracidade no segundo encontro online, antes de dar seguimento à análise e discussão do material. Para a análise e interpretação do conteúdo existe o comprometimento do pesquisador com a opinião do indivíduo acerca do evento investigado^{11,12}. Após sucessivas leituras e discussão acerca do material pelos pesquisadores, a análise das

narrativas resultou na identificação de categorias temáticas, conforme a proximidade das respostas dos sujeitos.

Resultados

A caracterização dos entrevistados é apresentada no quadro 1, no qual os participantes receberam nomes fictícios para manter sua privacidade.

Quadro 1. Caracterização dos participantes segundo faixa etária, DCNT e tempo de convivência com a doença.

Participantes	Faixa etária	DCNT	Tempo de convivência com a doença
P1 Ana	70-79 anos	Taquicardia sinusal	8 anos
P2 Rosa	60-69 anos	Câncer e depressão	5 anos
P3 Maria	60-69 anos	Câncer e fibromialgia	7 anos
P4 Silvia	60-69 anos	Hipertensão arterial, hipercolesterolemia, obesidade	> 10 anos
P5 Neusa	70-79 anos	Câncer e depressão	9 anos
P6 Paula	60-69 anos	Hipertensão arterial, câncer, doença pulmonar e bexiga neurogênica	Não sabe
P7 Elen	60-69 anos	Hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e pulmonares	> 10 anos
P8 Ingrid	70-79 anos	Diabetes mellitus	> 10 anos
P9 Tânia	70-79 anos	Hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, hipercolesterolemia	3 anos
P10 Tereza	60-69 anos	Hipercolesterolemia, artrose, escoliose e hérnias cervical e lombar	> 10 anos

Fonte: Elaborado pelos autores, 2022.

A partir da análise das narrativas emergiram duas categorias temáticas: 1) A convivência com a doença; 2) O impacto do adoecimento na autonomia.

1) A prática do autocuidado na convivência com a doença

A prática do autocuidado pode ser constatada no modo de viver do dia a dia, como o cuidado com a higiene e a alimentação, prática de exercício físico, ter um tempo dedicado a si mesma, cuidado com o ambiente onde vive e manutenção da sua rede de apoio. Nesse passo, os discursos apontam como a

convivência de alguns idosos com as doenças crônicas mostrou-se desafiadora pela necessidade de alterações na dinâmica do dia a dia.

Isso é uma preocupação comigo no futuro. Quero colocar a pia numa altura que me favorece, descer os armários muito altos pra não subir escada porque eu não vou ter ninguém comigo. (Rosa)

Eu levei um tombo aqui em casa e meus filhos colocaram um corrimão pequenininho em alguns lugares que tem escada. Quando reformei a casa, a gente não pensa na velhice, tinha 40 anos [...] faço questão de me segurar no corrimão quando vou descer um dos dois

níveis. (Paula)

O que mudou de verdade, que eu sinto, é que eu estou mais lenta. Então, por exemplo, a hora que eu levanto até a hora que eu fico pronta [...] antes eu fazia num tempo recorde, agora já não faço mais [...] eu faço tudo mais lentamente. Todo dia é igual [...] sábado é igual a segunda que é igual a sexta. (Elen)

Como rotina de autocuidado, a convivência com a doença crônica alterou, sobretudo, seus hábitos alimentares, necessitando de algumas adaptações.

Só fiz mudanças alimentares, porque não posso comer bolo todos os dias, pão todo dia, eu não posso[...] vou seguir uma dieta mais séria. (Ingrid)

Em relação à hipertensão tive que diminuir o sal na alimentação. Parei de comer os enlatados, embutidos, maionese, refrigerante, água com gás. Em relação à hipertensão eu fiz esse regime. (Silvia)

A doença mexeu com meu autocuidado porque antes eu passava o dia com uma fruta, duas por dia. Agora eu faço café porque tenho que tomar remédio [...] então, estou mais cuidadosa com minha saúde sim. (Ana)

Além disso, para outros, as DCNT geraram desdobramentos diante da necessidade de se criar um ressignificado acerca da convivência com suas novas demandas.

Quando o médico falou que eu tinha câncer [...] eu aceitei, não me assustei e comuniquei meu marido e meus filhos e eles ficaram mais assustados do que eu. Eu dizia que estava tudo bem e levava numa boa. Fiz a cirurgia, estava bem, mas depois disso comecei a sentir medo de ficar sozinha, e com isso eu fiquei um mês sem dormir (Neusa)

A doença me traz um pouquinho de tristeza. Porque é muito triste você ter dificuldades, só que você tem que aceitar, você tem que se tratar. Aceitar não. Eu não aceito. [...] o meu maior problema é o emocional. Sou uma pessoa muito emotiva, aquela que vive mais a vida do outro do que a si própria e isso me faz ficar doente. Uma tristeza pode oscilar minha glicemia, uma alegria também pode oscilar.

(Ingrid)

[...] eu estava fazendo fisioterapia online e ela falou que o que a fisioterapia podia fazer por mim, já fez, porque é crônico. Eu vou aprendendo a lidar com essa parte sem querer ser uma super-mulher. Mas a cabeça ainda está a mil querendo fazer as coisas, mas eu tenho que lidar com isso. (Paula)

A doença mudou totalmente a minha vida. E fui me adaptando aos pouquinhos. Eu vou falar uma palavra feia, mas é a verdade: você vai ficando mutilado. Essa é a sensação que eu tenho. (Elen)

Afetou sim meu autocuidado, mas eu sou dura na queda, eu não deixava de fazer meus cuidados. A comida minha filha fazia, eu nunca deixei de me alimentar direito por causa disso. Mas deixava de fazer uma coisa ou outra. E a fibromialgia me limitava nos afazeres domésticos porque conseguia fazer uma coisa só, ou lavar o banheiro ou limpar o quarto. (Maria)

Algumas narrativas também apontam para a importância da rede de apoio familiar. A oferta de assistência pela família às necessidades do idoso portador de DCNT mostrou-se fundamental para fortalecer sentimentos de resiliência. Todavia, a falta dele dificultou o processo de enfrentamento da doença.

No processo da doença meu marido e meus filhos me ajudaram bastante, e aos pouquinhos consegui sair disso. (Neusa)

O que me deixou assim um pouco mais pensativa é a indiferença das pessoas, porque uma vez uma prima me perguntou se eu estava indo com alguém na quimioterapia e eu respondi que ia sozinha. Ela perguntou por que eu não chamava alguém [...] e respondi que nem todo mundo está preparado para conviver com pessoas com câncer e ela me afirmou que ela mesma não estava preparada para acompanhar e conviver com uma pessoa com câncer. (Rosa)

2) O impacto do adoecimento na autonomia

A partir da oralidade de alguns idosos com DCNT

nota-se a percepção dos sentimentos associados à diminuição da autonomia.

Até uns 5, 6 anos atrás eu não dava atenção porque não me incomodava tanto [...] mas, as crises começaram a chegar com muita frequência então fiquei insegura para viajar, para caminhar, porque várias vezes eu tive crise de taquicardia caminhando. Na Noruega também precisei ser socorrida lá. Minha mãe mora em MG [...] três horas de ônibus, e se eu tenho uma crise no ônibus? Então comecei a questionar. Ainda tenho receio. (Ana)

A fase aguda do câncer da tireoide afetou muito minha autonomia. Eu tremia muito e não conseguia nem comer direito. Era difícil, mas eu fazia as coisas, era muito limitante [...] eu nunca dependi de ninguém, sou uma pessoa muito independente, desde criança. Então perder essa autonomia é muito ruim, muito mesmo. Isso abalava, porque eu pensava se eu teria que depender de alguém para fazer coisas simples da minha vida porque a gente quer fazer, não quer depender das pessoas. (Maria)

Muda a autonomia sim. Coisas que eu fazia, que eu não consigo fazer mais com tanta facilidade. Por exemplo, antes eu caminhava até o metrô [...] e ia para inúmeros lugares [...] Eu tinha uma autonomia total. Eu fazia tudo. Agora eu não faço mais nada. (Elen)

Acho que afeta a autonomia sim, porque quando a gente fica hipertensa a gente sempre fica preocupada. (Sílvia)

Por outro lado, alguns participantes relataram que, apesar da presença de doenças crônicas, a sua autonomia continuou preservada.

Por enquanto eu lido muito bem, porque eu tomo remédio, vou ao médico regularmente e ele me passa os remédios, me passa os exames e tudo fica controlado e não me atrapalha a vida em nada. (Tânia)

Só fiz mudanças alimentares [...] mas de resto não, de viajar não, namorar não, eu sou solteira, não tenho filhos, mas tenho namorado. Então essas coisas, como festa não. Viver, não. Isso não me afetou em nada, afinal estou viva ainda. Não mudou em nada as minhas atividades diárias [...]. Eu sou uma

pessoa muito ativa. (Ingrid)

Esses problemas não afetaram minha autonomia. Não. Eu fico bem com isso. Não tenho problema pra locomoção, pra fazer minhas atividades. Não precisei fazer mudanças na rotina por conta disso. Mas, eu tive que intensificar a atividade física. (Tereza).

Discussão

A história oral desvela o impacto que o advento das doenças crônicas tem sobre a vida dos idosos e as repercussões, não apenas na autonomia e no autocuidado, mas inclusive na dinâmica social ao qual o indivíduo está inserido. Nesse contexto, verifica-se que a experimentação do processo de envelhecimento perpassa a subjetividade do ser, uma vez que as narrativas evidenciam as percepções pessoais, sobretudo quando há DCNT associada.

Em algumas narrativas é possível notar o impacto psicológico adverso, a resignação e o sofrimento ao ter de lidar com a doença, parte deles com múltiplas DCNT, e a situação se agrava quando há dependência para se realizar alguma atividade. Paralelamente, reforçando esses achados, outra pesquisa qualitativa acerca das implicações das doenças crônicas em idosos dependentes, os discursos apontaram que quase metade apresentaram sentimentos de tristeza e desgosto diante da dependência causada pelas DCNT⁶. Desse modo, o sofrimento apontado mostra que a convivência com a DCNT é um processo individual e que necessita de estratégias de enfrentamento e ressignificação das próprias limitações.

Ainda na mesma pesquisa, é válido ressaltar que alguns discursos reforçaram ser emocionalmente benéfico o apoio da rede familiar para realizar seus autocuidados. A empatia e o estímulo positivo conferiram dignidade à vida do idoso⁶. Na presente

pesquisa foi possível identificar na oralidade contundente de uma das participantes a resignação, o sofrimento e a sensação de solidão pela falta de apoio familiar durante o enfrentamento da doença, fato que expõe a necessidade de se pensar em novas abordagens de cuidado que priorizem tentativas de aproximação e consolidação da rede de apoio à pessoa idosa.

Além disso, há estudos que apontam que a presença de doenças crônicas apresenta forte impacto na funcionalidade dos idosos, pois quanto mais doenças associadas, maiores as possibilidades de gerar dependência nas atividades de vida diária e comprometer a capacidade funcional^{6,7,16,17}. Ou seja, a manutenção da funcionalidade contribui para que o idoso se mantenha ativo, e com isso promova sensação de bem-estar e independência^{7,17-19}. Na presente pesquisa, nota-se pelas falas dos participantes, que a manutenção da independência é tema de preocupação, uma vez que a forma de lidar com a doença crônica pode gerar necessidade de adaptações, cujo sentimento é de que sua independência diminuiu.

A prática de atividade física é fator importante na vida de alguns participantes da presente pesquisa pela sensação de bem-estar, além de favorecer e fortalecer a interação com seu círculo social. Esse aspecto mostra-se benéfico no que tange à prevenção de quedas, de vulnerabilidade e de dependência funcional, uma vez que a prática de exercício físico mostrou-se favorável à manutenção da independência nas atividades de vida diária por prevenir a sarcopenia e o declínio da força e do equilíbrio¹⁷⁻²⁰.

As doenças cardiocirculatórias são prevalentes nos participantes do presente estudo e conferem

algumas limitações na sua rotina. Além disso, a doença pode afetar o padrão de sono, a deambulação, a autonomia e aumentar a fadiga e a dispnéia resultando na dependência de terceiros para realizar alguma atividade²¹. Outra pesquisa aponta que, apesar do aumento na expectativa de vida, vive-se mais tempo com incapacidade funcional e doença, sendo que a maior parte dos problemas de saúde são preveníveis e controláveis²².

O acometimento pelo câncer esteve presente em quase metade dos entrevistados, de modo que para alguns deles o enfrentamento da doença foi permeado de sofrimento e solidão. Várias pesquisas reforçaram esses dados, uma vez que os sintomas depressivos e a ansiedade foram associados às limitações funcionais e à presença de múltiplas comorbidades como consequência da doença^{23,24}. Esse estado influencia diretamente o prognóstico e o tratamento, bem como a autopercepção de bem-estar²⁴⁻²⁶.

Nessa perspectiva, a percepção identificada pela oralidade dos idosos com DCNT do presente estudo evidenciou que o estímulo à autonomia e ao autocuidado são parte fundamental para a manutenção da saúde e de sentimentos positivos em relação à vida e aos aspectos biopsicossociais²⁷⁻²⁹. Ou seja, a identificação precoce dos fatores desencadeantes de vulnerabilidade e fragilidade em decorrências das múltiplas comorbidades contribui para minimizar os prejuízos à saúde, zelando por uma vida mais satisfatória e com mais autonomia^{17-19,26-30}.

Considerações Finais

Durante a realização da nossa pesquisa, constatamos que as narrativas dos idosos revelaram mudanças significativas na percepção da autonomia e

do autocuidado, motivadas pela presença de DCNT e a necessidade de readequação do estilo de vida. Além disso, de acordo com a literatura, a presença de múltiplas doenças está associada a um maior risco de desenvolvimento de vulnerabilidade e fragilidade, o que pode prejudicar a autonomia e gerar dependência.

A relação entre autonomia e doença crônica dos idosos perpassa por questões biopsicossociais, as quais necessitam de um planejamento individualizado com vistas à promoção da autonomia pessoal. Esperamos que a escuta individualizada das pessoas idosas, possibilitada por esta pesquisa, possa contribuir para esse objetivo. A compreensão dessas questões pode contribuir para a elaboração de políticas públicas e intervenções voltadas à melhoria da qualidade de vida dos idosos com DCNT.

Referências

1. WHO. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
2. Boccolini CS. Morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação atual e futura. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2016. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/11/PJSSaudeAmanha_Texto0022_2016_v05.pdf>.
3. Figueiredo AEB, Ceccon RFF, Cunha JH. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021; 26(1):77-88.
4. Bernardes GM, Mambrini JVdM, Lima-Costa MF, Peixoto SV. Perfil de multimorbidade associado à incapacidade entre idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Brasil. *Cien Saúde Colet*. 2019; 24(5):1853-64.
5. Gandolpho MÂ, Ferrari MAC. A enfermagem cuidando do idoso: reflexões bioéticas. *Mundo Saúde*. 2006; 30(3):398-408.
6. Virtuoso-Júnior JS, Tribess S, Smith Menezes A, Meneguici J, Sasaki JE. Fatores associados à incapacidade funcional em idosos brasileiros. *Rev Andal Med Deporten*. 2016.
7. Figueiredo AEB, Ceccon RF, Figueiredo JHC. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021; 26(1):77-88.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>.
9. Saquetto M, Schettino L, Pinheiro P, Sena ELdS, Yarid SD, Gomes Filho DL. Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. *Rev Bioét*. 2013; 21(3):518-24.
10. Cunha JXPd, Oliveira JB, Nery VAdS, Sena ELdS, Boery RNSdO, Yarid SD. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. *Saúde Debate*. 2012; 36(95):657-64.
11. Meihy JCSB. Manual de história oral. São Paulo: Loyola. 2005; 10-95.
12. Meihy JCSB, Barbosa FH. História oral: como fazer, como pensar. São Paulo: Loyola. 2007; 15-84.
13. Mota CS, Reginato V, Gallian DMC. A metodologia da história oral de vida como estratégia humanizadora de aproximação entre cuidador/idoso. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(8):1681-4.
14. Silva DGVd, Trentini M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. *Rev Latino Am Enferm*. 2002; 10(3):423-32.
15. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007; 19(6):349-57.
16. Júnior EVS, Viana ER, Cruz DP, Silva CS, Rosa RS, Siqueira LR, Sawada NO. Relationship between family functionality and the quality of life of the elderly. *Rev Bras Enferm*. 2022; 75(2).
17. Vieira MCU, Dias DF, Bortoletto MSS, Silva AMR, Cabrera MAS. Predictors of functional dependence among individuals aged 50 years and older: a 4-year follow-up study. *Geriatr Gerontol*

Aging. 2019; 13:157-166.

18. Sousa CR, Coutinho JFV, Neto JBF, Barbosa, Marques MB, Diniz JL. Factores relacionados a la vulnerabilidad y fragilidad en ancianos: estudio transversal. *Rev Bras Enferm.* 2022; 75(02).

19. Cho MR, Lee S, Song SK. A Review of Sarcopenia Pathophysiology, Diagnosis, Treatment and Future Direction. *J Korean Med Sci.* 2022; 37(18):e146.

20. Teng Z, Zhu Y, Teng Y, Long Q, Hao Q, Yu X, Yang L, Lv Y, Liu J, Zeng Y, Lu S. The analysis of osteosarcopenia as a risk factor for fractures, mortality, and falls. *Osteoporos Int.* 2021; 32(11):2173-2183.

21. Abreu e Souza TCTO, Correia DMS, Nascimento DC, Christovam BP, Batista DCS, Cavalcanti ACD. The Difficult Daily Life of Heart Failure Bearing Patients. *Rev Pesq Cuid Fundam.* 2019; 11(5):1340-6.

22. Martinez R, Morsch P, Soliz P, Hommes C, Ordunez P, Vega E. Life expectancy, healthy life expectancy, and burden of disease in older people in the Americas, 1990-2019: a population-based study. *Rev Panam Salud Publica.* 2021; 45:e114.

23. Samami E, Elyasi F, Mousavinasab SN, Shojaee L, Zaboli E, Shahhosseini Z. The effect of a supportive program on coping strategies and stress in women diagnosed with breast cancer: a randomized controlled clinical trial. *Nursing Open.* 2021; 8:1157-1167.

24. Walshe C, Roberts D, Appleton L, Calman L, Large P, Lloyd-Williams M, Grande G. Coping Well

with Advanced Cancer: A Serial Qualitative Interview Study with Patients and Family Carers. *PLoS One.* 2017; 12(1):e0169071.

25. Paek MS, Wong SS, Hsu FC, Avis NE, Fino NF, Clark CJ. Depressive Symptoms and Associated Health-Related Variables in Older Adult Breast Cancer Survivors and Non-Cancer Controls. *ONF* 2021; 48(4):412-422.

26. Barroso GR, Silva MM, Zepeda KGM, Silva ÍR. Nurses defending the autonomy of the elderly at the end of life. *Rev Bras Enferm.* 2019; 72(6):1639-1645.

27. Novo Lima AM, Martins MMF da S, Ferreira MSM, Fernandes CS, Schoeller SD, Rodrigues TMP, Parola VSO. Self-assessment of promoting the autonomy of the elderly: a Delphi study. *J. Health NPEPS.* 2021; 6(1).

28. Gomes GC, Moreira RS, Maia TO, Santos MAB, Silva VL. Fatores associados à autonomia pessoal em idosos: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2021; 26(3).

29. Júnior FWD, Diniz JL, Moreira ACA, Salles DL, Moreira LHA. Nurses' competences in promoting the health of elderly people with systemic arterial hypertension. *Rev Enferm UERJ.* 2021; 29:e56922.

30. Marques SS, Faria L, Longo CS. A content analysis on the perception of quality of life among older adults resident in a southern municipality of Bahia: Qualitative Study. *J Physiother Res.* 2021; 11(3):473-481.