

Diagnósticos de enfermagem em idosos de instituição de longa permanência

Nursing diagnoses of senior citizens in long term institutions

Daniel Nunes de Oliveira¹, Terezinha de Fátima Gorreis¹,
Marion Creutzberg², Beatriz Regina Lara dos Santos³

RESUMO

Objetivo: Identificar a prevalência de diagnósticos de enfermagem (DEs) em idosos residentes em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e associá-los a sexo e faixa etária.

Materiais e Métodos: Estudo retrospectivo, com abordagem quantitativa. Coleta de dados em prontuários de 71 idosos de uma ILPI em Porto Alegre. Análise descritiva e inferencial dos dados por meio do SPSS 11.5.

Resultados: Dos 173 DEs da NANDA houve prevalência de 34 diagnósticos. Houve associação entre sexo e Déficit no autocuidado para higiene / banho ($p=0,037$); entre idade e Comportamento de busca de saúde ($p=0,009$), Deambulação prejudicada ($p=0,042$), Risco de integridade da pele prejudicada ($p=0,008$).

Conclusões: Os DEs identificados evidenciam a necessidade de cuidados de enfermagem contínuos e a sistematização da assistência gerontológica, garantindo cuidado integral ao idoso, aspecto inerente à função dessas instituições.

Palavras-chave: idoso; instituição de longa permanência para idosos; diagnóstico de enfermagem; envelhecimento.

ABSTRACT

Objective: To identify the prevalence of nursing diagnoses (ND) in elderly residents of Long Term Institutions for Elderly (LTIE) and assign them to sex and age.

Materials and Methods: A retrospective study, with quantitative approach. Data collection from medical records of 71 senior citizens in a LTIE in Porto Alegre. Descriptive and inferential analysis of data through the SPSS 11.5.

Results: Of 173 DES NANDA was the prevalence of 34 diagnoses. There was an association between sex and Self-care deficit – bathing / Hygiene ($p = 0,037$); between age and Self Health Management ($p = 0,009$), Impaired Locomotion ($p = 0,042$), Risk for Impaired Skin Integrity ($p = 0,008$).

Conclusions: The NDs identified highlight the need for continuous nursing care and gerontological systematization of care, ensuring full care to the elderly, something inherent in the light of these institutions.

Keywords: aged; homes for the aged; nursing diagnosis, aging.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional gerou mudança importante nas causas de morbidade/mortalidade, resultando em novos problemas de saúde pública. Um dos fenômenos surgidos, neste contexto, é a oferta da assistência em Instituições de Longa Permanência

para Idosos (ILPIs). A institucionalização pode apresentar-se como uma opção em decorrência de múltiplos aspectos dentre os quais o abandono pela família, a falta de recursos financeiros, falta de parentes próximos, ausência de cuidadores e incapacidade física dos idosos¹.

¹Enfermeiro (FAENFI/PUCRS).

²Enfermeira. Doutora em Gerontologia Biomédica (PUCRS). Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia. Membro do Grupo Interdisciplinar de Pesquisas e Estudos em Promoção e Vigilância da Saúde (GIPEPROVIS-FAENFI/PUCRS).

³Enfermeira. Doutora em Educação (PUCRS). Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia. Coordenadora do Grupo Interdisciplinar de Pesquisas e Estudos em Promoção e Vigilância da Saúde (GIPEPROVIS-FAENFI/PUCRS).

As ILPIs são regidas por legislação específica, mas também pelo Estatuto do Idoso, que determina a essas Instituições o atendimento a “idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência”²: art.º.

A presença do enfermeiro em ILPIs é obrigatória, refletindo diretamente na qualidade de assistência nas necessidades básicas do idoso³. A(O) enfermeira(o) gerontológica(o) “oferece cuidado de enfermagem abrangente para pessoas idosas ao combinar o Processo de Enfermagem com o conhecimento especializado sobre o envelhecimento”^{4:202}, por meio do planejamento e sistematização do cuidado⁵. Dentre as etapas do Processo de Enfermagem, destaca-se o Diagnóstico de Enfermagem (DE). A identificação dos diagnósticos de enfermagem, por meio da taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA)⁶, tem sua origem na enfermagem norte-americana e foi traduzida para uso no Brasil em 1994. Consiste em um sistema de classificação para DE e tem sido utilizada no contexto de vários serviços de saúde no Brasil. No entanto, a sua aplicação é incipiente no cuidado de enfermagem em alguns contextos e grupos, a exemplo da assistência a idosos em ILPIs, foco do presente estudo.

Atendendo à necessidade de ampliar o conhecimento referente aos DEs nesse contexto, o objetivo do estudo foi identificar a prevalência de diagnósticos de enfermagem em idosos residentes em uma ILPI de Porto Alegre, a partir da Taxonomia II da NANDA e associá-los com sexo e faixa etária.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo observacional retrospectivo, com abordagem quantitativa.

A amostra estudada foi de 71 idosos residentes em uma ILPI de Porto Alegre. Foram incluídos todos os idosos que tinham prontuários com registros de Diagnóstico de Enfermagem. A coleta de dados foi realizada nos prontuários, em abril e maio de 2007, utilizando um instrumento elaborado pelos pesquisadores, para registro do Diagnóstico de Enfermagem, a Classe e o Domínio, conforme a Taxonomia II da NANDA. Os 173 diagnósticos da Taxonomia II da NANDA estão organizados em classes, que por sua vez estão agrupados em 13

domínios (Atividade/Repouso, Segurança/Proteção, Percepção/Cognição, Enfrentamento/Tolerância ao Estresse, Eliminação e Troca, Conforto, Promoção da Saúde, Nutrição, Auto percepção, Relacionamentos, Sexualidade, Princípios de vida, Crescimento/Desenvolvimento).

Os dados foram organizados no programa *SPSS 11.5* e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial, com intervalo de confiança de 95%, utilizando o teste Qui-quadrado, sendo considerado estatisticamente significativo, o *p-value* inferior a 0,05. Obedecendo os aspectos éticos, o projeto foi autorizado pela Instituição e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS. Para o uso dos dados no prontuário os autores do presente estudo assinaram um Termo de Compromisso para Utilização de Dados.

RESULTADOS

Quanto ao sexo, 17 eram homens (23,9%) e 54 (76,1%) mulheres. Quanto à idade, utilizando as categorias de idade estabelecidas pelo IBGE, foi identificado 1 idoso (1,4%) com idade entre 60 e 64 anos; 3 idosos (4,3%), de 65 à 69 anos; 8 idosos (11,3%), 70-74 anos e com 75 anos ou mais, 58 idosos (81,7%). A média de idade dos idosos foi de 82,71 anos ($\pm 7,9$). Com a média de 84,5 anos, as mulheres eram significativamente mais idosas ($p = 0,008$) que os homens que apresentaram média de 77,8.

Dos 173 Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, foram identificados 69 nos idosos. No entanto, considerando a prevalência mínima de 4%, estabelecida pelos autores, foram identificados 34 DEs, indicando que devam ser considerados no contexto da ILPI (Tabela 1).

Foi verificada associação entre DEs e sexo, no Déficit no autocuidado para higiene/banho, com uma proporção significativamente maior entre os homens, dentre os quais 29,4% apresentam tal déficit ($p=0,037$).

Na busca por associação entre faixa etária e DEs, foi verificada associação nos Comportamentos de busca de saúde, demonstrando que 57,1% dos idosos com esse comportamento positivo tem mais de 75 anos ($p=0,009$); 66,7% dos idosos com Deambulação prejudicada tem mais de 75 anos ($p=0,042$); e 83,3%

TABELA 1 – Diagnósticos de enfermagem, número e percentual de idosos.

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	p ^a _b
Percepção sensorial perturbada	15	21,1	0,781 0,757
Mobilidade física prejudicada	12	16,9	0,115 0,353
Integridade da pele prejudicada	12	16,9	0,517 0,759
Padrão de sono perturbado	11	15,5	0,626 0,666
Déficit no autocuidado para higiene / banho	10	14,1	0,037 0,859
Memória prejudicada	10	14,1	0,265 0,491
Deambulação prejudicada	9	12,7	0,480 0,042
Risco de quedas	9	12,7	0,072 0,476
Risco de trauma	9	12,7	0,897 0,888
Dor crônica	9	12,7	0,897 0,545
Comportamentos de busca de saúde (especificar)	8	11,3	0,340 0,009
Constipação	7	9,9	0,528 0,657
Processos do pensamento perturbados	7	9,9	0,762 0,657
Comunicação verbal prejudicada	7	9,9	0,217 0,551
Ansiedade	7	9,9	0,528 0,657
Risco de integridade da pele prejudicada	7	9,9	0,762 0,008
Dentição prejudicada	7	9,9	0,186 0,742
Isolamento social	7	9,9	0,118 0,917
Intolerância à atividade	6	8,5	0,151 0,715
Risco de lesão	6	8,5	0,118 0,342
Atividades de recreação deficientes	5	7	0,830 0,883
Interação social prejudicada	5	7	0,830 0,213
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	4	5,6	0,248 0,811
Diarréia	4	5,6	0,248 0,185
Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se	4	5,6	0,248 0,831
Confusão crônica	4	5,6	0,248 0,831
Desesperança	4	5,6	0,248 0,831
Risco de solidão	4	5,6	0,979 0,136
Adaptação prejudicada	4	5,6	0,248 0,831
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	3	4,2	0,321 0,885
Incontinência urinária reflexa	3	4,2	0,321 0,885
Processos familiares interrompidos	3	4,2	0,321 0,661
Medo	3	4,2	0,321 0,885
Dor aguda	3	4,2	0,321 0,083

Fonte: Banco de dados do estudo Diagnósticos de enfermagem de residentes ILPIs.

a – associação com sexo; b – associação com faixa etária

dos idosos com Risco de integridade da pele prejudicada, também têm mais de 75 anos ($p=0,008$).

DISCUSSÃO

O percentual maior de mulheres verificado no estudo foi também observado em outros estudos com idosos institucionalizados⁷⁻⁸. Verificou-se que os idosos do estudo são mais velhos que a população geral de idosos. A proporção de idosos com 75 anos ou mais (81,7%) foi superior a apenas 25,86% da população de Porto Alegre⁹, na mesma faixa etária. A média de idade verificada na amostra (82,71) foi superior à expectativa de idade dos brasileiros, observada em 2005, de 71,9 anos⁹. A média da idade das mulheres pesquisadas foi significativamente mais elevada que a dos homens, semelhante à população brasileira, em que a expectativa de vida das mulheres brasileiras, em 2005, era de 75,8 anos enquanto que a dos homens era de 68,2 anos⁹.

Para uma discussão dos DEs prevalentes em idosos institucionalizados segue-se à descrição organizando-os pelos domínios da NANDA.

No Domínio Promoção da Saúde observou-se que o DE com maior frequência foi o de comportamento de busca de saúde. Observou-se que, de forma significativa, são os idosos mais velhos que apresentaram comportamento de busca de saúde, inferindo-se que tenha sido um fator contributivo para a sua longevidade. Autores observam que os idosos têm demonstrado maior preocupação com a qualidade de sua saúde¹⁰. No entanto, observa-se que nas ILPIs a atenção à saúde, em geral, está centrada apenas na cura e reabilitação. Programas sistemáticos de promoção da saúde e atividades de educação em saúde são muito raros³.

No Domínio Nutrição os DEs nutrição desequilibrada foram identificados e refletem o fato de que o acompanhamento nutricional dos idosos, a discussão de dietas em situações específicas de patologias, a avaliação da capacidade de alimentar-se e a orientação de cuidadores, o envolvimento dos idosos nas opções alimentares e o respeito aos seus hábitos na elaboração de cardápios são aspectos a serem observados nas ILPIs³. Vários fatores relacionados precisam ser observados, dentre eles, as alterações na cavidade oral, notadas

freqüentemente no idoso, os hábitos alimentares dos idosos que são influenciados por fatores pessoais, familiares, culturais, financeiros, conhecimento nutricional e as alterações do envelhecimento, como o aumento e redistribuição na gordura corporal total, redução do tecido muscular e conseqüente alteração metabólica¹¹.

Quanto ao Domínio Eliminação e Troca foram constatados diferentes DEs para incontinência. O percentual de DEs para incontinência urinária foi menor do que o geralmente encontrado entre idosos institucionalizados, estimada entre 38 e 55%¹². Infere-se que esses DEs tenham sido aplicados, por ocasião da avaliação de enfermagem, somente aos idosos não dependentes para as providências de higiene. Na função gastrointestinal ressalta-se a constipação e o risco para constipação, mais freqüentes do que a diarreia⁴, pela diminuída ingestão de fibras e líquidos, pela falta de atividade física, pela diminuição do tônus da musculatura abdominal, da motilidade intestinal e do tônus do esfíncter anal.

No Domínio Atividade/Repouso observou-se o DE padrão de sono perturbado. Os distúrbios do sono ocorrem com maior frequência nas pessoas idosas, afetando a qualidade de sono à noite, levando à necessidade de repouso durante o dia⁴. Destaca-se a associação identificada entre o DE deambulação prejudicada e a idade avançada dos idosos que também foi verificada em outros estudos¹³. Os problemas comumente relacionados à mobilidade incluem perda da força muscular, contratura articular, deformidades, dor, dentre outros. O DE atividades de recreação deficientes indica para a falta de atividades na maior parte das ILPIs. O déficit no autocuidado para banho/higiene e vestir-se/arrumar-se foi encontrado em percentual significativamente maior entre os homens. Os DEs desse domínio têm relação com as condições de desempenho das atividades de vida diária (AVDs). Nesse sentido a determinação do grau de autonomia e de independência é determinante no planejamento do cuidado nas instituições¹³.

No Domínio Percepção/Cognição os DEs Percepção sensorial perturbada, Memória Prejudicada e Processos do pensamento perturbados foram identificados. A cognição pode ser afetada por muitas variáveis, incluindo o comprometimento sensorial, saúde fisiológica, ambiente e influências psicossociais. Quando hospitalizados ou admitidos ILPIs, os idosos comumente

experimentam alterações temporárias e leves na função cognitiva, passando muitas vezes despercebidos. É necessário distinguir as manifestações iniciais de doença das modificações associadas com o processo normal de envelhecimento¹⁴. A Comunicação verbal prejudicada está, freqüentemente, relacionada com as disfunções de linguagem e comunicação como disartria, disfagia e afasia motora ou sensorial, que têm como causa mais comum o acidente vascular encefálico e podem afetar significativamente a auto-imagem e a interação social.

No Domínio Autopercepção destaca-se o Risco de solidão e Desesperança. Estudos descrevem que existe uma perda crescente de recursos físicos, mentais e sociais, podendo levar a sentimentos de desespero, desesperança e solidão¹⁵. O falecimento do cônjuge e de outros familiares agrava a ameaça de solidão. Por outro lado, a idéia de que desesperança, abandono e solidão caracterizam, necessariamente, a experiência do envelhecimento, vem sendo substituída pela imagem de idosos ativos, intelectuais, preocupados com uma ocupação mais proveitosa de seu tempo e partícipes de mudanças sociais que redefinem a velhice¹⁰. Embora as ILPIs possuam o compromisso de conferir uma melhor qualidade de vida por meio do convívio social, nem sempre este ideal consegue ser atingido, por falta de recursos humanos especializados ou por questões de manutenção financeira¹⁶.

No Domínio Relacionamentos de Papel o DE Processos familiares interrompidos foi identificado. A relação entre o idoso institucionalizado e a família é diversificada. Estudos evidenciam que há tanto aqueles que mantêm (ou retomam) relacionamentos significativos com seus familiares, como aqueles que, por circunstâncias diversas, romperam os vínculos^{15,17}. Estudos revisados indicaram que a proporção de idosos que têm muito pouco ou nada de contato com seus parentes é menor em relação aos que o tem, o que é confirmado pelo presente estudo, quando consideradas os DEs relacionados com o aspecto familiar¹⁵.

No Domínio Enfrentamento/Tolerância ao Estresse, foram identificados os DEs Ansiedade, Adaptação prejudicada e Medo. A transferência do próprio lar para uma ILPI é sempre um grande desafio para os idosos, pois estes se deparam com uma

transformação do seu estilo de vida¹⁸. Os idosos residentes em ILPIs necessitam de cuidados especiais para a adaptação, uma vez que está intrinsecamente ligada a mudança de endereço, ao afastamento de pessoas queridas e mudança de hábitos de vida. Por outro lado, não é raro o idoso procurar uma instituição, desejando encontrar novas possibilidades de vida, segurança, respeito e assistência em suas necessidades, inserindo-se numa comunidade que lhe permita uma sensação de pertencimento^{17,19}.

No Domínio Segurança/Proteção os idosos apresentaram os DEs Risco de quedas, trauma e lesão, Integridade da pele prejudicada, Risco de integridade da pele prejudicada e Dentição prejudicada. A queda constitui a principal causa de trauma nos idosos e freqüentemente ameaça a saúde e a qualidade de vida. Foi estabelecida como um evento de notificação compulsória²⁰, o que demonstra a importância que tem sobre as condições de saúde do idoso. A redução da espessura epidérmica da pele, colágeno dérmico e elasticidade tissular leva à fragilidade da pele⁴. Acrescido à diminuição da percepção sensorial e à capacidade reduzida para se reposicionar, o idoso se torna mais suscetível às lesões e às úlceras de pressão. A importância da identificação desse DE e as intervenções para evitá-lo é evidenciada com o fato de que a taxa de prevalência de úlceras de pressão são consideradas um indicador do cuidado à saúde nas ILPIs²⁰. Verificou-se no Risco/Integridade da pele prejudicada a associação, estatisticamente significativa, com a faixa etária, o que é explicado pelas alterações do envelhecimento mais acentuadas à medida que avança a idade. A Dentição prejudicada foi identificada em percentual muito abaixo do comumente relatado na literatura. Infere-se que a sub-valorização na identificação desse DE está relacionada a não priorização da avaliação da saúde bucal pela enfermagem, observada em outros estudos²¹. A situação de saúde bucal dos idosos em ILPI é precária, especialmente devido à alta prevalência de cárie e edentulismo.

No Domínio Conforto foram evidenciados idosos com Dor crônica e aguda. Independente de sua natureza, padrão ou causa, a dor inadequadamente tratada apresenta efeitos lesivos, além do sofrimento que causa. A dor não avaliada e não tratada pode resultar em depressão, incapacidade, distúrbios do sono,

reabilitação tardia, desnutrição e disfunção cognitiva. Sua avaliação em idosos pode ser difícil devido às alterações fisiológicas, psicossociais e cognitivas. Quanto ao Isolamento social, estudos revisados demonstram que os profissionais nas ILPIs têm uma atuação fundamentada, em grande parte, num modelo biomédico, resultando em assistência protecionista, insensível às potencialidades do idoso, à liberdade de escolha e aumentando o quadro de dependência, falta de perspectivas e isolamento social³. Além disso, a prática nas entidades de assistência ao idoso, no modelo asilar, em muitos casos, ainda reflete a questão histórica das instituições privativas de liberdade, jurídicas ou psiquiátricas, fruto da necessidade de manutenção da ordem social.

Verificou-se que as alterações fisiológicas, psicológicas e sociais do envelhecimento e as decorrências de doenças crônicas são possíveis fatores relacionados à grande parte dos DEs e que o processo de institucionalização tem implicações que fazem deste grupo de idosos, um grupo específico que exige do enfermeiro o desenvolvimento de habilidades de avaliação gerontológica para o correto diagnóstico dos indivíduos.

Na enfermagem gerontológica e geriátrica, no contexto das ILPIs, é preciso que a sistematização do cuidado seja realizada a partir de uma abordagem humanizada, garantindo o cuidado integral ao idoso, aspecto inerente à função dessas instituições. Ressalta-se, ainda, o pressuposto da multidimensionalidade e da interdisciplinaridade necessária no cuidado gerontológico.

Observou-se que algumas dimensões do envelhecimento e da institucionalização foram ignorados quando da identificação dos DEs. Entende-se que, a partir desse estudo, a avaliação de enfermagem gerontológica poderá ser qualificada e novos estudos poderão auxiliar para uma verificação mais acurada acerca dos DEs e os fatores relacionados para o delineamento da sistematização da assistência de enfermagem gerontológica para ILPIs, no contexto brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. Yamamoto A, Diogo JDM. Caracterização das instituições asilares no Município de Campinas quanto à área física. *Rev Paul Enf* 2002; 21(3):213-9.
2. Senado Federal (BR). Lei 10.741, de 10 de outubro de 2003: Estatuto do Idoso. Brasília (DF); 2003.
3. Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA, Ojeda BS. A Instituição de Longa Permanência para Idosos e o Sistema de Saúde. *Rev Lat-Americana Enf* 2007; 15(6):1144-9.
4. Smeltzer SC, Bare GB. Brunner e Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Vol 1. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006.
5. Barros ALBL, e Cols. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 1o ed. Porto Alegre: Arned; 2003.
6. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006. Tradução Cristina Correa. Porto Alegre: Artmed; 2006.
7. Yamamoto A, Diogo MJD. Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. *Rev Latino-am Enf* 2002; 10(5):660-6.
8. Cortelletti IA, Casara MB, Herédia VBM, organizadoras. Idoso asilado: um estudo gerontológico. Caxias do Sul: Educ, Edipucrs; 2004.
9. IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábua completa de mortalidade 2005. [capturado em 2007 jun. 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadaevida/2005/>.
10. Espitia AZ, Martins J. Relações afetivas entre idosos institucionalizados e família: encontros e desencontros. *Arq Catarin de Méd* 2006; 35(1):52-9.
11. Sampaio LR. Avaliação nutricional e envelhecimento. *Rev Nutr Campinas* 2004; 17(4):507-14.
12. Rodrigues R, Aparecida P, Mendes MMR. Incontinência urinária em idosos: proposta para a conduta da enfermeira. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [periódico na Internet]. 1994 Jul [citado 15 Jun 2007]; 2(2): 5-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691994000200002&lng=pt&nrm=iso.
13. Araújo LAO, Bachion MM. Diagnósticos de enfermagem do padrão mover em idoso de uma comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Rev Esc Enf USP* 2005; 39(1):53-61.
14. Engelhardt E, Laks J, Rozenthal M, Marinho MV. Idosos institucionalizados: rastreamento cognitivo. *Rev Psiquiatr Clin* 2002; 25(2):74-9.
15. Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no Município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Rev Latino-Am Enf* 2004; 12(3):518-24.
16. Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA. The economic survival of long stay institutions for impoverished aged people. *Rev Latino-Am Enf* 2007; 15(esp):748-5.
17. Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA, Santos BRL. A comunicação entre a família e a Instituição de Longa Permanência para Idosos. *Rev Bras Geriatria Gerontologia* 2007; 10(2):147-6.
18. Freire Júnior RC, Tavares MFL. A Promoção da saúde nas instituições de longa permanência: uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. [periódico online]. 2006 [capturado 2007 Jun 15]; 9(1):[20 telas] Disponível em: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232006000100007&lng=pt&nrm=iso.

19. Vieira EB. Instituições geriátricas. Avanço ou retrocesso? Rio de Janeiro: Revinter; 2003.
20. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. Brasília (DF): ANVISA; 2005
21. Creutzberg M et al. Interfaces of geriatric nursing and dental care. Online Brazilian Journal of Nursing [periódico online]. 2004 Dec [capturado em 2007 Jun 15]; 3(3) [18 telas] Disponível em:
<http://www.uff.br/nepae/objn303creutzbergetal.htm>

Endereço para correspondência:

Profª Marion Creutzberg
Av. José Aloísio Filho, 965, casa 63. Bairro Humaitá
Porto Alegre/RS – CEP 90250-180
Telefone: +55 51 99934342
E-mail: marionc@puccrs.br