

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO**

WALQUIRIA LENE DOS SANTOS

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS NA ALTA HOSPITALAR  
DE IDOSOS.**

GOIÂNIA  
2008

**WALQUIRIA LENE DOS SANTOS**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS NA ALTA  
HOSPITALAR DE IDOSOS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem.  
Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Adélia Yaeko Kyosen Nakatani.

GOIÂNIA-GO

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(GPT/BC/UFG)**

Santos, Walquíria Lene dos.  
S237d Diagnóstico de enfermagem identificados na alta hospitalar de idosos [manuscrito] / Walquíria Lene dos Santos. – 2008.  
296 f.: il., figs, tabs., qds.

Orientadora: Profa. Dra Adélia Yaeko Kyosen Nakatani.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, 2008.

Bibliografia: f. 232-259.

Inclui listas de figura, tabelas, quadros, apêndices e de siglas. Anexos.

1. Enfermagem – Diagnóstico 2. Idosos 3. Alta do paciente  
I. Nakatani, Adélia Yaeko Kyosen II. Universidade Federal de Goiás. **Faculdade de Enfermagem.** III. Título.

CDU: 616-083-053.9

## FOLHA DE APROVAÇÃO

WALQUIRIA LENE DOS SANTOS

### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS NA ALTA HOSPITALAR DE IDOSOS.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 30 de abril de 2008

#### BANCA EXAMINADORA

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adélia Yaeko K. Nakatani  
Faculdade de Enfermagem da Universidade  
de Goiás

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adenícia Custódia Silva e Sousa  
Faculdade de Enfermagem da Universidade  
de Goiás

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosimere Ferreira Santana  
Universidade Federal Fluminense-UFF/ Escola  
de Enfermagem Aurora Afonso Costa

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Márcia Bachion  
Faculdade de Enfermagem da Universidade  
de Goiás

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tania Couto Machado Chianca  
Escola de Enfermagem da Universidade  
Federal de Minas Gerais

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Esta pesquisa foi desenvolvida junto ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde Integral da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás e está inserida na linha de pesquisa “Fundamentação teórica filosófica metodológica do processo de cuidar em enfermagem”. Contou com o apoio da CAPES.

**Dedico este estudo a Deus, minha fortaleza e meu guia. Aos meus pais, Rosalina e Dimar, pelo apoio e ensinamentos. À minha irmã Marzhi Laine, minhas sobrinhas Millena, Isabella e o meu cunhado Cláudio.**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a “**DEUS**” por suprir sempre todas as minhas necessidades.

Aos **meus pais e minha irmã** pelo incentivo constante em minha vida.

À Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> **Adélia Yaeko Kyosen Nakatani**, especial orientadora, por ter acreditado em mim, pela dedicação e empenho, sempre objetivando meu crescimento. Pelos conselhos empenhosos a minha formação e pelo conhecimento proporcionado a mim.

À Secretária de Saúde do Município de Guapó, **Andréia do Carmo Lopes dos Santos**, pela compreensão nos momentos de ausência na estratégia saúde da família, pela confiança e apoio, sobretudo pelo desenvolvimento deste estudo.

À Professora Dr.<sup>a</sup> **Maria Márcia Bachion**, pelas imensas contribuições dispensadas, do início ao fim desta caminhada.

À acadêmica de Enfermagem **Daniella Pires Nunes** pelos ensinamentos e pela fiel ajuda na construção desta pesquisa.

À Mestre **Helisamara Mota Guedes**, pela construção conjunta e aprendizagem.

À Professora **Lílian Varanda Pereira** pela participação na banca de qualificação, por suas contribuições valiosas no refinamento deste trabalho.

À acadêmica **Érica Lima**, pelas contribuições, durante a coleta de dados, possibilitando a entrevista em tempo hábil.

À Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> **Denise Boutelet Munari** pelo profissionalismo.

Aos **agentes comunitários de saúde e coordenadoras Euzeni Monteiro, Cleonice Coelho e Mary Alexandra** pela compreensão nos momentos de ausência, contribuindo para o atendimento a população.

A coordenadora da Faculdade Sena Aires - FACESA **Cristilene Akiko Kimura**, pela compreensão na distribuição de horários e pela disciplina de Saúde do Idoso.

A coordenadora do departamento de TCC da Faculdade Sena Aires – FACESA, **Maria Aureni Lavor Miranda**, pela cooperação na distribuição dos horários para a realização das bancas examinadoras.

A Enfermeira **Fernanda Gabriella A. Maciel** pela formatação deste trabalho.

A todos os funcionários da **Universidade Federal de Goiás**, pelo cuidado sempre incondicional.

À Professora **Conceição Marques de Souza** pelas sábias e preciosas correções de Português.

A todos os **funcionários do Hospital das Clínicas** pela colaboração no desenvolvimento deste trabalho.

Aos secretários de Pós-graduação **Célia e Gabriel** pela presteza.

À Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. **Rosimere Ferreira Santana** pelas correções e ensinamentos indispensáveis a melhoria deste estudo.

A todos os **idosos** do município de Guapó, pela fidelidade e confiança dispensados a mim.

“Tudo posso n’ Aquele que me fortalece:”

Filipenses 4:13

## RESUMO

SANTOS, W. L. D. S. **Diagnósticos de Enfermagem identificados na alta hospitalar de idosos**. 2008. 296f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, 2008.

O planejamento da alta deve iniciar na entrada do paciente no ambiente hospitalar. Este estudo tem como objetivos: analisar e identificar o perfil de diagnósticos de enfermagem da NANDA (2006), analisar as seguintes características dos participantes: sexo, idade, escolaridade, renda e religião, descrever os fatores relacionados, os fatores de risco e as características definidoras, para os diagnósticos identificados na alta hospitalar, de idosos hospitalizados, atendidos em um hospital escola da Região Centro-Oeste. Utilizou-se um formulário estruturado para a coleta de dados e o processo de raciocínio clínico (análise e síntese dos dados) de acordo com Risner (1995) para identificar os diagnósticos de enfermagem. A maioria dos idosos pertencia ao sexo masculino (72%), faixa etária de 60 a 69 anos (52%), casados (64%), professava o catolicismo (80%), possuíam escolaridade, menor que quatro anos (88%) e renda mensal de até um salário mínimo (52%), maior que um salário mínimo (40%) e sem rendimentos (8%). Os domínios com maior frequência foram: promoção de saúde (100%), segurança e proteção (100%), percepção e cognição (96%), autopercepção (88%), relacionamento de papéis (88%), enfrentamento/tolerância ao estresse (88%) e atividade e repouso (84%). Os domínios de sexualidade (24%) e princípios de vida (4%) apresentaram menor frequência. Os diagnósticos que obtiveram frequência maior que (50%) foram: dentição prejudicada (96%), disposição para autoconceito melhorado (80%), disposição para enfrentamento aumentado (80%) disposição para processos familiares melhorados (76%), risco de infecção (68%), disposição para o controle aumentado do regime terapêutico (64%), percepção sensorial (visual, olfativa, auditiva e tátil) perturbada (60%), conhecimento deficiente sobre a doença (60%) e disposição para nutrição melhorada (52%). As características definidoras com maior frequência foram: recursos da assistência à saúde são insuficientes para incidências ou prevalências das doenças (100%), verbalização do problema (100%), demonstração das doenças (100%), locomoção ao acaso (100%), experiência relatada de esquecimento (100%), incapacidade de recordar informações factuais

(100%), falta de energia (100%), incapacidade de manter o nível habitual de atividade física (100%), capacidade prejudicada para obter ou repor artigos de vestuário (100%), escolhas apropriadas de atividades diárias para atingir os objetivos de um programa de tratamento ou prevenção (90,9%), cansaço (85,7%), aceitação de qualidades e limitações (85%), distorções visuais (83,3%). Os fatores relacionados encontrados com maior frequência foram: percepção sensorial alterada (100%), falta de interesse em aprender (100%), falta de exposição (100%), falta de familiaridade com o recurso de informação (100%), fraqueza e cansaço (100%), agentes lesivos (físicos) (100%), estado emocional especialmente frustração (100%), estado de doença e condição física debilitada (85,7%) e destruição das camadas da pele (80%). Os fatores de risco encontrados foram: efeitos de medicação (diuréticos) (100%), anormalidades do esfíncter anal (100%), procedimentos invasivos (100%), idade acima de 65 anos (100%), problemas circulatórios e respiratórios (83,3%), energia diminuída e fadiga (80%) e históricos de quedas (66,6%). O conhecimento dos diagnósticos de enfermagem, por meio da sistematização da assistência realizada durante a alta hospitalar, deve envolver toda a família e cuidadores, garantindo, assim, a continuidade do cuidado humanizado, no retorno do idoso ao domicílio.

**Palavras-chave:** idoso, alta do paciente, diagnóstico de enfermagem.

## **ABSTRACT**

SANTOS, W. L. D. S. Diagnoses identified discharge in hospital of elderly 2008. 296f. Paper (Master in nursing) – Faculdade de Enfermagem da U. F. G, Goiânia, Goiás, 2008.

The planning of the discharge should begin in the entrance patient in atmosphere hospitalar. This study aims: to identify and analyse the profile of the nursing diagnosis of NANDA (2006), to analyse the following characteristics of the participants: gender, age, education, income and religion, to describe the related factors, risk factors and defining characteristics for diagnoses identified discharge in hospital of elderly, treated in a hospital school of the Region Western-Central. Used a structured form for collect data and the process of clinical reasoning (analysis and synthesis of data) according Risner (1995) for identify the nursing diagnosis. Most elderly people belonged to male sex (72%), age group of 60 to 69 years (52%), married (64%), the profess catholicism (80%), had less than four years schooling (88%) and monthly income of up to one minimum wage (52%), greater than a minimum wage (40%) and without income (8%). The spheres most frequently were: health promotion (100%), protection and security (100%), perception and cognition (96%), self (88%), relationship of paper (88%), coping / tolerance to stress (88%) and activity and rest (84%). The spheres of sexuality (24%) and principles of life (4%) had lower frequency. The diagnosis that received frequency greater than 50% were: damaged teeth (96%), arrangement improved self (80%), arrangement increased confront (80%) arrangement improved processes relatives (76%), infection risk (68%), arrangement increased the control of the therapeutic regimen (64%), sensory perception (visual, olfactory, auditory and tactile) altered (60%), inadequate knowledge about the disease (60%) and arrangement for improved nutrition (52%). The defining characteristics with more frequency were: health care resources are insufficient to impact or prevalence of disease (100%), account the problem (100%), demonstration of disease (100%), locomotion at random (100%), reported experience of forgotten (100%), inability to recall factual information (100%), lack of energy (100%), inability to maintain the level of habitual physical activity (100%), impaired ability to obtain or reinstate articles of apparel (100%), appropriate choices of daily activities to achieve the objectives of a programme of treatment or prevention

(90,9%), tiredness (85,7%), acceptance of qualities and limitations (85%) and visual distortions (83.3%). The related factors encountered with more frequency were: sensory perception altered (100%), lack of interest in learning (100%), lack of exposure (100%), lack of familiarity with the use of information (100%), weakness and tiredness (100%), harmful agents (physical) (100%), emotional state especially frustration (100%), state of illness and weakened physical condition (85,7%) and destruction of layers of the skin (80%). The risk factors encountered were: effects of medications (diuretics) (100%), abnormalities of the anal sphincter (100%), invasive procedures (100%), age more than 65 years (100%), respiratory and circulatory problems (83,3%), decreased energy and fatigue (80%) and falls historical (66,6%). The knowledge of nursing diagnosis, by systematization of care realized discharge in hospital of elderly, it should involve the whole family and caregivers, guaranteeing thus, continuity of humanized care, the return of elderly in home.

Keywords: elderly, discharge of the patient, nursing diagnosis.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Domínio e classes dos diagnósticos de enfermagem, segundo a Taxonomia II NANDA, 2006.....	38
---	----

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Distribuição das características socioeconômicas e demográficas dos idosos, na alta hospitalar da clínica médica de um hospital-escola (n=25). Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007.....130
- Tabela 2:** Distribuição das categorias diagnósticas, por classe e domínio (n=64), em idosos no período de alta hospitalar da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007.....133
- Tabela 3:** Diagnósticos de enfermagem de bem-estar e características definidoras do domínio **Promoção de Saúde**, na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro 2007 (n=25).....145
- Tabela 4:** Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras e fatores relacionados do domínio – **Segurança e Proteção**, na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).....150
- Tabela 5:** Diagnósticos de enfermagem de risco e fatores de risco do domínio – **Segurança e Proteção**, na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).....154
- Tabela 6:** Diagnósticos de enfermagem reais, fatores relacionados e características definidoras do domínio **Percepção e Cognição**, na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).....157
- Tabela 7:** Diagnósticos de enfermagem de bem-estar e características definidoras do domínio **Percepção e Cognição**, na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).....164
- Tabela 8:** Diagnósticos de enfermagem reais, fatores relacionados e características definidoras do domínio **Autopercepção**, na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).....165
- Tabela 9:** Diagnósticos de enfermagem de risco e fatores de risco do domínio **Autopercepção**, na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).....168
- Tabela 10:** Diagnósticos de enfermagem de bem-estar e características definidoras do domínio **Autopercepção**, na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).....171
- Tabela 11:** Diagnósticos de enfermagem reais, fatores relacionados e características definidoras do domínio **Relacionamento de Papel**, na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).....174
- Tabela 12:** Diagnósticos de enfermagem de bem-estar e características definidoras do domínio **Relacionamento de Papel**, na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).....176
- Tabela 13:** Diagnósticos de enfermagem de bem-estar e características definidoras do domínio **Enfrentamento/Tolerância ao estresse**, na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).....179

<b>Tabela 14:</b> Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras e fatores relacionados do domínio <b>Enfrentamento/Tolerância ao estresse</b> , na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).....	180
<b>Tabela 15:</b> Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras e fatores relacionados do domínio <b>Atividade e Repouso</b> , na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).....	184
<b>Tabela 16:</b> Diagnósticos de enfermagem de risco e fatores de risco do domínio <b>Atividade e Repouso</b> , na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).....	195
<b>Tabela 17:</b> Diagnósticos de enfermagem reais, fatores relacionados e características definidoras do domínio <b>Eliminação e Troca</b> , na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).....	196
<b>Tabela 18:</b> Diagnósticos de enfermagem de risco e fatores de risco do domínio <b>Eliminação e Troca</b> , na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).....	203
<b>Tabela 19:</b> Diagnósticos de enfermagem de bem estar e características definidoras do domínio <b>Eliminação e Troca</b> , na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).....	205
<b>Tabela 20:</b> Diagnósticos de enfermagem reais, fatores relacionados e características definidoras do Domínio <b>Nutrição</b> , na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).....	207
<b>Tabela 21:</b> Diagnósticos de enfermagem de risco e fatores de risco do domínio <b>Nutrição</b> , na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).....	208
<b>Tabela 22:</b> Diagnósticos de enfermagem de bem-estar e características definidoras do domínio <b>Nutrição</b> , na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).....	210
<b>Tabela 23:</b> Diagnósticos de enfermagem reais, fatores relacionado e características definidoras do domínio <b>Conforto</b> , na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).....	212
<b>Tabela 24:</b> Diagnósticos de enfermagem de risco e fatores de risco do domínio <b>Conforto</b> , na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).....	214
<b>Tabela 25:</b> Diagnósticos de enfermagem reais, fatores relacionados e características definidoras do domínio <b>Sexualidade</b> , na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).....	216

**Tabela 26:** Diagnósticos de enfermagem de bem estar e características definidoras do domínio **Princípios de Vida**, na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).....219

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1.** Descrição dos atributos críticos, semiotécnica e parâmetros de avaliação de acordo com os domínios da Taxonomia da NANDA (2006).....116
- Quadro 2.** Análise dos dados de J.I.D.O em processo de alta hospitalar da clínica médica. Hospital-escola. Região centro oeste, 2007. ....277
- Quadro 3.** Síntese dos dados e diagnósticos de enfermagem da NANDA (2006) identificados em J.I.D.O . 09/04/07- alta em clínica médica hospital-escola da região. ....283

## LISTA DOS APÊNDICES

**APÊNDICE A** - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....261

**APÊNDICE B** - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA OS IDOSOS E/OU ACOMPANHANTES).....263

**APÊNDICE C** - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS, NO PERÍODO DA ALTA.....267

**APÊNDICE D** - ANÁLISE DOS DADOS DE J. I. D O.....277

**APÊNDICE E** - SÍNTESE DOS DADOS DE J. I. D O E RESPECTIVOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E REFERÊNCIAS UTILIZADAS NA COMPARAÇÃO.....283

## LISTA DE SIGLAS

- AC** - Ausculta cardíaca
- AIDS** - Síndrome da imunodeficiência adquirida
- AIVD** - Atividades instrumentais de vida diária
- AV** - Atrioventricular
- A.V.C** - Acidente vascular cerebral
- AVD** - Atividades de vida diária
- B1** - Primeira bulha cardíaca
- B2** - Segunda bulha
- BNF** - Bulhas normofonéticas
- B.p.m** - Batimento por minuto
- CEO** - Centros de Especialidades Odontológicas
- DA** - Doença de Alzheimer
- DE** - Diagnósticos de enfermagem
- DCNT** - Doenças crônicas não transmissíveis
- DPOC** - Doença pulmonar obstrutiva crônica
- ECG** - Eletrocardiograma
- E.S.F** - Estratégia saúde da família
- Fr** - Frequência respiratória
- HDL** - Lipoproteínas de alta densidade
- ICC** - Insuficiência cardíaca congestiva
- I.M.C** - Índice de massa corpórea
- I.p.m** - Incursões por minuto
- Kg** - Kilograma
- M<sup>2</sup>** - Metro quadrado
- mmHg** - Milímetros de mercúrio
- MV** - Murmúrios vesiculares
- NANDA** - North American Nursing Diagnosis Association
- P** - Pulso
- PA** - Pressão arterial

**PAS** - Pressão arterial sistólica

**PD** - Pressão diastólica

**PE** - Processo de enfermagem

**PPI** - Pessoas perceptoras de incapacidades

**P.S** - Pronto socorro

**RA** - Ruídos adventícios.

**RHA** - Ruídos hidroaéreos

**SAMIS** - Serviço de arquivo médico e informações de saúde

**SAE** - Sistematização da assistência de enfermagem

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**T** - Temperatura

**U.B.S** - Unidade básica de saúde

**VE** - Ventrículo esquerdo

**VO<sub>2</sub> máx** - Consumo máximo de oxigênio

## SUMÁRIO

### RESUMO

### ABSTRACT

Lista de Figuras

Lista de tabelas

Lista de quadros

Lista de anexos

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>24</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>33</b>
<b>3. MARCOS TEÓRICOS.....</b>	<b>34</b>
3.1 Diagnósticos de Enfermagem.....	34
3.2 O Processo de Enfermagem e suas repercussões nas respostas humanas.....	40
3.2.1. Promoção de Saúde.....	42
3.2.2. Nutrição.....	46
3.2.3. Eliminação e Troca.....	55
3.2.4. Atividade e Repouso.....	61
3.2.5. Percepção e Cognição.....	70
3.2.6. Autopercepção.....	78
3.2.7. Relacionamento de Papel.....	83
3.2.8. Sexualidade.....	88
3.2.9. Enfrentamento/Tolerância ao Estresse.....	91
3.2.10. Princípios da Vida.....	94
3.2.11. Segurança/Proteção.....	97
3.2.12. Conforto.....	102
3.2.13. Crescimento e Desenvolvimento.....	107
<b>4. PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>109</b>
4.1. Tipologia.....	109
4.2. Local de Estudo.....	109
4.3. População de Estudo.....	110
4.4. Coleta de Dados.....	111
4.4.1. Construção e Refinamento do Instrumento.....	112
4.4.1.1. Validação aparente do conteúdo do instrumento de coleta de dados.....	113
4.4.1.2. Parâmetros para avaliação das condições de saúde dos idosos na coleta de dados.....	115
4.5. Análise e síntese dos dados.....	126
4.6. Análise dos resultados.....	128
4.7. Aspectos Éticos.....	128
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>130</b>
5.1. Perfil socioeconômico e demográfico.....	130
5.2. Perfil de diagnósticos de enfermagem identificados em idosos que receberam alta hospitalar na clínica médica.....	132

5.2.1. Diagnósticos de enfermagem no domínio - Promoção da Saúde.....	144
5.2.2. Diagnósticos de enfermagem no domínio Segurança/Proteção.....	149
5.2.3. Diagnósticos de enfermagem no domínio – Percepção e cognição.....	157
5.2.4. Diagnósticos de enfermagem no domínio – Autopercepção...	166
5.2.5. Diagnósticos de enfermagem no domínio – Relacionamento de papel.....	173
5.2.6. Diagnósticos de enfermagem no domínio – Enfrentamento/ tolerância ao estresse.....	178
5.2.7. Diagnósticos de enfermagem no domínio – Atividade e Repouso.....	184
5.2.8. Diagnósticos de enfermagem no domínio – Eliminação e troca.....	198
5.2.9. Diagnósticos de enfermagem no domínio – Nutrição.....	206
5.2.10. Diagnósticos de enfermagem no domínio – Conforto.....	211
5.2.11. Diagnósticos de enfermagem no domínio – Sexualidade.....	216
5.2.12. Diagnósticos de enfermagem no domínio – Princípios de Vida.....	218
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>222</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>229</b>
<b>8. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>232</b>
<b>9. ANEXOS.....</b>	<b>260</b>
Apêndice A.....	261
Apêndice B.....	263
Apêndice C.....	267
Apêndice D.....	277
Apêndice E.....	283

## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial. Estima-se que em 2025 os idosos brasileiros passarão dos atuais 9,4% (15 milhões) para 15,0% do total de pessoas (32 milhões), o que possivelmente deixará o Brasil com a sexta maior população idosa do mundo (LEME, 2000a; BRASIL, 2002).

Acompanhando a transição demográfica, ocorre a transição epidemiológica. Anteriormente, as doenças infecciosas e parasitárias eram as principais causas de mortes. Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis, têm figurado como as maiores causas de mortalidade e incapacidade, no mundo. Na população idosa, as causas de morbi-mortalidade são as doenças dos aparelhos circulatório e respiratório e as neoplasias, responsáveis por 60,0% do total de óbitos, seguindo-se os óbitos pelos agravos dos acidentes de trânsito e violências (RAMOS, MACEDO FILHO, 1999; LIMA-COSTA, BARRETO; GIATTI, 2003; LIMA-COSTA; VERAS, 2003; SIQUEIRA et al., 2004).

As doenças crônicas não transmissíveis se caracterizam pela etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa, e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais (OPAS, 2001; BRASIL, 2005). Entre as mais importantes estão: hipertensão arterial, diabetes, neoplasias, doenças cérebro vasculares e doenças pulmonares obstrutivas crônicas (BRASIL, 2005).

Roach (2001) afirma que aproximadamente 80,0% dos idosos têm no mínimo, uma doença crônica como: demências, acidente cérebro vascular, coronariopatia, diabetes mellitus, hipertensão e outras doenças crônicas não transmissíveis. Essas doenças, de naturezas física e/ou psíquica, associadas à ocorrência de

pluripatologia, são responsáveis pela necessidade de maior permanência hospitalar e progressiva perda de autonomia, devido às incapacidades funcional e mental.

Os idosos tornam-se freqüentemente mais suscetíveis às doenças ou agravos à saúde, devido a perdas orgânicas e funcionais, que diminuem a capacidade de se adaptarem ao meio ambiente, tornando-se mais expostos e vulneráveis aos processos patológicos, tornando-se assíduos usuários do sistema de saúde (DIOGO; DUARTE, 2002).

As pessoas, em situações crônicas de saúde, necessitam de apoio, além das intervenções tradicionais, pois encontram dificuldades em enfrentar os sintomas da cronicidade e perdas inerentes à velhice. O novo modelo de saúde, para as condições crônicas, compreende: parceria harmoniosa entre pacientes e familiares, equipes de assistência à saúde e instituições de apoio à comunidade. Quando há perfeita integração, dessa tríade, os pacientes participam ativamente no tratamento e prevenção (BRASIL, 2005).

Costa Filho e Papáleo Netto (2004) referem que os gastos com internações dos idosos, portadores de doenças cardiovasculares e respiratórias, na rede hospitalar contratada pela Previdência Social, atingiram, em 1985, a cifra de 135 milhões de dólares, ou seja, mais de um terço do total despendido, na área da saúde.

Os hospitais são espaços, em geral desumanos, tanto para os trabalhadores como para os usuários, gastando recursos e energias que resultam, na maioria das vezes, em impacto considerável sobre as reais condições de saúde da população (CECÍLIO, 1997). Observa-se que, os hospitais e os profissionais de saúde, de um modo geral, apresentam dificuldades que vão além dos recursos materiais e humanos interferindo no atendimento de forma adequada.

Durante a hospitalização, os profissionais de enfermagem, em sua maioria, ficam restritos ao diagnóstico médico, não realizando a avaliação multidimensional da saúde do idoso. Lueckenotte (2002) afirma que apenas a avaliação tradicional, composta de história, exame físico e dados laboratoriais básicos, não fornece ao enfermeiro os dados necessários para o planejamento dos cuidados de enfermagem.

É necessária uma avaliação, contínua e atualizada do paciente, a fim de adequar o plano de assistência às necessidades e habilidades individuais. Se o agente de autocuidado não for avaliado, adequadamente, o enfermeiro não terá base racional para analisar o déficit de autocuidado, selecionar métodos de ajuda, válidos e confiáveis e prescrever e designar sistemas de enfermagem (DUPAS et. al., 1997). Para a avaliação do paciente tem sido utilizado sido utilizados vários modelos teóricos como os apresentados por Horta (1979), Gordon (1994), e Orem (1995).

A coleta ou levantamento de dados do paciente é denominada como: histórico de enfermagem, assessment, avaliação inicial e corresponde ao levantamento de dados do método científico (BARROS et al., 2002). O instrumento de coleta de dados deve refletir o modelo teórico, utilizado pelo enfermeiro, nos cuidados ao cliente, à família ou à comunidade como, por exemplo: teorias das necessidades humanas básicas (HORTA, 1979) e do autocuidado (OREM 1995).

Assim como ocorre no método científico, a coleta de dados ou avaliação inicial do estado de saúde é fundamental para todo o desenvolvimento do processo de enfermagem, formando o alicerce no qual se baseiam as etapas do diagnóstico, intervenção de enfermagem e avaliação dos resultados (PIMENTA et al., 1993).

Segundo Piccoli e Galvão (2001), a assistência de enfermagem deve ter como fator principal um processo individualizado, holístico, planejado, contínuo, documentado e avaliado. No processo de atendimento ao idoso, hospitalizado, essa metodologia pode contribuir para a individualização do cuidado, sua continuidade e resolutividade da ação da enfermagem e contribuição nos resultados obtidos.

Braga e Cruz (2003, p. 241) afirmam que a responsabilidade do “cuidar em enfermagem exige decisões sobre as intervenções propostas, fundamentadas na avaliação do estado de saúde do indivíduo. Essa avaliação requer que se adote o diagnóstico de enfermagem como referência.”

A North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2006, p.296) conceitua o diagnóstico de enfermagem como:

*juízo clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade com relação aos problemas de saúde reais ou potenciais/processos de vida que fornecem a base para uma terapia definitiva que busca alcançar numa estrutura designada resultados nos quais a enfermagem é necessária.*

Assim, os julgamentos ou diagnósticos são a base para a seleção de resultados e intervenções de enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem fornecem, ainda, ferramentas de comunicação necessárias, para o planejamento da assistência, em uma linguagem padrão universal. Atualmente, é reconhecida como uma fonte consolidada de terminologia de diagnóstico de enfermagem, estando disponível em várias línguas (NANDA, 2006).

O diagnóstico de enfermagem fundamenta o planejamento da alta hospitalar, para idosos, tido como base da continuidade dos cuidados de enfermagem. Quando não realizado contribuirá para elevadas e sucessivas taxas de reinternações (HADDOCK, 1991). Elhart et al. (1983) referem que o enfermeiro, durante o planejamento, deve conhecer a história do paciente, elaborar o diagnóstico e os

planos de assistência, para orientá-lo e ensiná-lo sobre o autocuidado, após a internação.

À volta para casa pode significar mudanças nas tarefas de cada membro da família, tais como: dieta, exercícios físicos, uso de medicamentos, dentre outros.

O planejamento da alta garantirá a eficácia da assistência ao idoso, reforçando a importância do envolvimento da família em todas as etapas, principalmente nas tomadas de decisão, destacando e valorizando o aspecto educativo. As avaliações das necessidades, do idoso e da família, não devem ocorrer de forma simplista e direcionada, apenas para as necessidades físicas e individuais. Deverão ser amplas, considerando-se os aspectos emocionais, financeiros e o ambiente familiar. Nesta perspectiva, é de fundamental importância fornecer à família informações (orientações) sobre os recursos disponíveis, na comunidade.

Vários são os fatores que contribuem para diminuir sensivelmente a média de ocupação dos leitos hospitalares: eficiência dos serviços, competência dos profissionais e participação do assistido no seu restabelecimento. Quanto maior for o grau de dependência do idoso, maiores serão as dificuldades dos familiares, após a alta hospitalar.

A família também espera que o paciente mude seu comportamento e se adapte à nova vida. Quando os familiares sentem-se tranquilos e orientados auxiliam a adesão do paciente ao tratamento e reformulação do estilo de vida. No planejamento de ações educativas, para o paciente após a alta, o enfermeiro deverá levar em consideração as perspectivas do doente e familiares as quais diferem das que os profissionais da saúde têm, da mesma situação: a alta e a recuperação do paciente (DANTAS; STUCHI; ROSSI, 2002).

Autores afirmam que o preparo do paciente, para a alta, deve ser precoce, e as orientações inseridas no processo de enfermagem juntamente com o paciente e a família. As recomendações devem completar as prioridades, dentre os problemas identificados na admissão, bem como os tidos na avaliação contínua, verificados diariamente, para atenderem às necessidades de cuidados, nos domicílios. As prescrições devem ser aprendidas e seguidas, por eles e seus cuidadores, evitando que surjam outras intercorrências e novas internações (GAIDZINSKI; CAMPEDELLI, 1992).

Assim, por ocasião da alta hospitalar, o paciente e a família deverão estar aptos para assumirem as ações necessárias para continuidade do tratamento, e lidarem com suas conseqüências. Isso implica aquisição de novos conhecimentos, habilidades e adaptação às condições, algumas vezes impostas pela terapêutica, e reunir recursos necessários para viabilizar o processo de recuperação, objetivando ações de autocuidado (SILVA, 2001).

Em nossa realidade, a alta do paciente idoso não tem sido foco de atenção dos enfermeiros, devido à grande demanda de tarefas burocráticas de trabalho adotadas nas organizações hospitalares. A alta é comunicada pelo médico à equipe de enfermagem. O paciente e sua família, na maioria das vezes, deixam o serviço sem as orientações adequadas, porque o enfermeiro não pode planejar a alta, devido ao acúmulo de atividades.

Diante da ansiedade e expectativa dos idosos e familiares em deixar o hospital, muitas vezes, no momento da saída são fornecidas muitas informações que não são apreendidas, gerando, descontinuidade do tratamento, despreparo do cuidador e, conseqüentemente, possibilidade de reinternação.

A falta de planejamento da alta mostra a inadequação do sistema de saúde, devido à falta de integralidade, nas diversas redes. Os serviços especializados, juntamente com as unidades básicas, deveriam dar cobertura aos pacientes, em alta hospitalar, que necessitassem de atendimento mais cuidadoso e diferenciado, no ambiente domiciliar (CECÍLIO, 1997). Por isso um plano de assistência documentado seria de grande valia para a continuidade do cuidado e manutenção da saúde.

Há quatro anos, como enfermeira da Atenção Básica de Saúde, percebi que as diversas atividades desenvolvidas no programa, entre elas as demandas burocráticas propostas pelo Ministério da Saúde, impedem a sistematização do cuidado, tornando a assistência muito fragmentada, na área de ação do enfermeiro.

A situação piora quando se faz necessária a assistência do paciente hospitalizado, que, na maioria das vezes, não nos informa, salvo em caso de cirurgia, quando então é orientado a procurar a unidade de saúde, para a continuidade do seu tratamento, embora muitas vezes, os recursos oferecidos não atendam o paciente, na sua plenitude. Essa situação corrobora a afirmação de Cecílio (1997) de que a rede básica não consegue acompanhar ou prestar a assistência adequada por falta de informações, registros precisos e desconhecimento da realidade do paciente, após a alta.

Marra et al., (1989) realizaram um levantamento dos dados em prontuários, de pacientes hospitalizados, onde estavam registrados as condições físicas e psíquicas, uma breve história da doença atual e problemas de saúde do paciente. Observaram que as avaliações efetivas das ações prescritas e alterações apresentadas necessitavam da elaboração de um plano de alta.

Jacob (2004) afirma que saúde é o maior patrimônio do ser humano e o melhor investimento que se pode fazer. Marra et al. (1989) ressaltam a importância de organizar a assistência à saúde, de forma integrada, envolvendo as equipes médica e de enfermagem, orientadas para o problema /situação que se configura como fator determinante para antecipar o retorno do paciente ao domicílio.

Frente ao exposto, o presente estudo focaliza os diagnósticos de enfermagem apresentados pelos idosos, na alta hospitalar. O conhecimento dessa realidade produzirá as bases do planejamento da assistência, na alta hospitalar, por meio de estratégias de ações de educação permanente e intervenção na equipe interdisciplinar e estabelecimento de planos adequados que aumentem a disposição para a autocuidado, preparando o paciente e seus responsáveis para continuidade da assistência, defendendo fundamentalmente a presença da pessoa idosa na família e na sociedade, de forma alegre, participativa e construtiva, contribuindo para melhor abordagem terapêutica. A assistência de saúde de forma integrada em conjunto com a sistematização da assistência auxiliará os enfermeiros, da Atenção Básica de Saúde, a prever ações adequadas, para a realidade domiciliar, acompanhando e avaliando a adesão do idoso ao tratamento recomendado pela equipe de saúde, preparando-o, para sua reinserção na comunidade, visando promover a integralidade da saúde do idoso.

Por meio da elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem, o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnicos-científicos e humanos na assistência ao paciente caracterizando, assim, sua prática profissional e colaborando na definição do seu papel. O enfermeiro necessita estabelecer o conhecimento e prática das fases do processo de enfermagem (PE), e assim promover o cuidado e o restabelecimento do paciente (DALRI; CARVALHO, 2002).

Ao conhecer os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes a equipe de enfermagem, poderá se preparar para as ações cuidadoras pertinentes, antever os problemas, desenvolver o planejamento e atuar de forma programada, para a alta, o mais precoce possível. Poderá ainda estabelecer parcerias e estratégias de educação permanente integradas com a rede básica.

De acordo com Waldow (1998), as ações cuidadoras deverão convergir para o crescimento, transformação, não importando as circunstâncias, pois a finalidade é ajudar a crescer seja para a vida, seja para a morte, seja para a incapacidade, verificando assim a relação desta pesquisa com o cuidado.

Este estudo vem ao encontro da meta da enfermagem de prover uma assistência que atenda às necessidades do cliente e da instituição, ou seja, prestar um serviço efetivo e eficiente até à saída do paciente com responsabilidade de promover integralidade, dentro do SUS (GARCIA, NÓBREGA; 2004).

De uma forma geral, o preparo para a alta otimiza o período de internação. O envolvimento da atenção básica à saúde deve ser referência para a diminuição de reinternações, por meio de planejamento adequado, mudança no hábito de saúde preparo para o autocuidado e adequação ao suporte de informações aos cuidadores.

Para o ensino, os resultados poderão contribuir para ampliar o suporte teórico de conhecimento e a possibilidade de transformação da realidade, no contexto da alta hospitalar, dos pacientes idosos.

De acordo com Mendes e Bastos (2003, p. 276), a utilização do processo de enfermagem possibilita “quebrar amarras da mesmice cotidiana que nos emburrece e vislumbra, como numa epifania, não vislumbrado antes”.

## **2 – OBJETIVOS**

### **2.1 - OBJETIVO GERAL**

- Analisar o perfil de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA (2006), identificado na alta hospitalar de idosos hospitalizados, atendidos em um hospital escola da Região Centro-Oeste.

### **2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar as características dos participantes quanto: ao sexo, idade, escolaridade, renda e religião.
- Identificar o perfil de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA (2006), na alta hospitalar de idosos hospitalizados.
- Descrever os fatores relacionados, fatores de risco e características definidoras para os diagnósticos identificados.

### **3 - MARCOS TEÓRICOS**

#### **3 1 - Diagnóstico de enfermagem**

O termo diagnóstico surgiu na literatura norte-americana em 1950, quando Mac Manus propôs, dentre as responsabilidades do enfermeiro, a identificação dos diagnósticos ou problemas de enfermagem (PEREZ et al, 1990). A partir da década de 70, estudos vêm sendo desenvolvidos com o objetivo de estabelecer uma Classificação Internacional dos Diagnósticos de Enfermagem (CRUZ, 1995).

Na década de 70, enfermeiras norte-americanas lideraram um movimento global para sistematizar o emprego deste conceito e sua classificação. Constituíram, então, o Grupo Norte Americano para Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem, que, a partir de 1982, foi oficialmente transformado na North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), com o intuito de desenvolver, aperfeiçoar e promover a taxonomia desses diagnósticos, para uso geral dos enfermeiros (PEREZ et al., 1990).

No Brasil, a expressão diagnóstico de enfermagem foi introduzida por Wanda Horta, na década de 60, constituiu-se em uma das etapas do processo de enfermagem (HORTA, 1979).

Segundo Carpenito (1997), o diagnóstico de enfermagem é um método útil e fundamental para organização do conhecimento de enfermagem. Um dos requisitos para se alcançar o status de profissão é possuir um corpo nos conhecimentos próprios e desenvolver ações com autonomia e autodeterminação. A enfermagem, portanto, necessita de um sistema de classificação ou taxonomia. Uma das taxonomias amplamente difundida é a da NANDA.

A definição de diagnóstico engloba uma parte conceitual e outra estrutural. Compreende três componentes: o problema de saúde, os fatores etiológicos ou relacionados e as características definidoras ou grupo de sinais e sintomas (GORDON, 1994).

A Taxonomia I, da NANDA, foi publicada oficialmente em 1989. Nela, os diagnósticos de enfermagem estão organizados em uma estrutura taxonômica de seis eixos e 12 domínios, com pelos menos duas classes cada. Está baseada em nove padrões de respostas humanas funcionais de Gordon: trocar, comunicar, relacionar, valorizar, mover, perceber, conhecer, escolher e sentir (NANDA, 2000).

Esses padrões refletem a maneira como os indivíduos interagem com o meio ambiente em que vivem. Os diagnósticos de enfermagem, categorizados em cada padrão, descrevem a maneira pela qual eles reagem a estados particulares de saúde ou doença (IYER; TAPPITICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993). Essa taxonomia perdurou por 16 anos, e a cada conferencia bienal, vários diagnósticos foram acrescentados e outros revisados (GARCIA; NÓBREGA, 2004)

A classificação em Padrões de Respostas Humanas vinha sendo bastante criticada pela falta de flexibilidade. Em 1994, o Comitê de Taxonomia integrante da NANDA - enfrentou sérias dificuldades para reclassificá-los. Reconheceu ser viável uma nova estrutura para a classificação (BRAGA; CRUZ, 2003).

No entanto, nenhuma das estruturas organizadas era completamente satisfatória, quando comparada a dos Padrões Funcionais de Saúde (GORDON, 1994). Assim, em 1998, com a permissão da autora, a NANDA, modificou a estrutura dos Padrões Funcionais de Saúde e criou uma quinta alternativa apresentada a seus membros. Nessa conferência, os membros foram convidados a distribuir os diagnósticos, já aceitos, entre os domínios que a quinta estrutura previra. Dessa

etapa, resultaram 40 conjuntos de respostas possíveis de serem analisados. Durante a coleta de dados, o Comitê de Taxonomia anotou os comentários, as questões e as dificuldades expressas pelos participantes, bem como as sugestões para melhorar a estrutura, em estudo. Com essas notas e os conjuntos de respostas, foram feitas modificações adicionais à estrutura: divisão de um domínio em dois, criação de novo domínio, e renomeação de domínios, para melhor espelharem os diagnósticos, neles contidos (NANDA, 2006).

A Taxonomia II, apresentada aos membros da NANDA internacional, durante a 14ª Conferência Bienal, sobre diagnósticos de enfermagem, em abril de 2000, foi projetada para ser multiaxial, na sua forma, aumentando substancialmente a flexibilidade da nomenclatura, permitindo realizar acréscimos e modificações (NANDA, 2002).

Um eixo para o propósito da Taxonomia II, da NANDA, é definido como uma dimensão da resposta humana considerada no processo diagnóstico. No atual sistema de classificação da NANDA internacional, há sete eixos ou dimensões de respostas humanas a serem consideradas no processo diagnóstico:

- Eixo 1 - O conceito diagnóstico.
- Eixo 2 - Tempo (agudo, crônico, intermitente, contínuo).
- Eixo 3 - Sujeito do diagnóstico (individual, familiar, grupal, comunitário).
- Eixo 4 - Idade (de feto a adulto idoso)
- Eixo 5 - Estado de saúde (bem-estar, de risco, real).
- Eixo 6 - Descritor (limita ou especifica o significado do conceito diagnóstico).
- Eixo 7 - Topologia (partes/regiões do corpo e funções relacionadas) (NANDA, 2006, p.254).

De acordo com a NANDA (2006), um diagnóstico de enfermagem é composto por título, características definidoras, fatores de risco e fatores relacionados. O título é um termo ou frase concisa que representa um padrão de pistas relacionadas e que estabelece um nome para o diagnóstico. Além disso, é uma definição que estabelece uma descrição clara e precisa, que delinea seu significado e o diferencia de diagnósticos similares. As características definidoras são pistas/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real ou de bem-estar. Os fatores de risco são fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo, família ou comunidade frente a um evento insalubre. Já os fatores relacionados mostram algum tipo de relacionamento padronizado com o diagnóstico de enfermagem, assim descritos: antecedentes a, associados com, relacionados a, contribuintes para ou estimuladores.

Os diagnósticos de enfermagem podem ser classificados em: real, de risco e de bem - estar. O diagnóstico de enfermagem real descreve respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que existem no indivíduo família ou comunidade. É sustentado pelas características definidoras (manifestações sinais e sintomas) que se agrupam em padrões de pistas ou inferências relacionadas. O diagnóstico de enfermagem de risco descreve respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que podem desenvolver-se no indivíduo, família ou comunidade vulneráveis. É sustentado por fatores de risco que aumentam a vulnerabilidade. E por último, o diagnóstico de enfermagem de bem-estar que “descreve respostas humanas a níveis de bem-estar em um indivíduo, família ou comunidade que tem potencial de aumento ou melhora deste bem-estar” (NANDA, 2006, p.296).

A Taxonomia II compreende três níveis: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem, sendo 13 domínios, 47 classes e 172 diagnósticos (NANDA, 2006).

Um domínio representa uma esfera de atividade, estudo ou interesse. Classe é uma subdivisão de um grupo maior; uma divisão de pessoas ou coisas por qualidade, grau ou categoria (ROGET'S, 1980 *apud* NANDA, 2006).

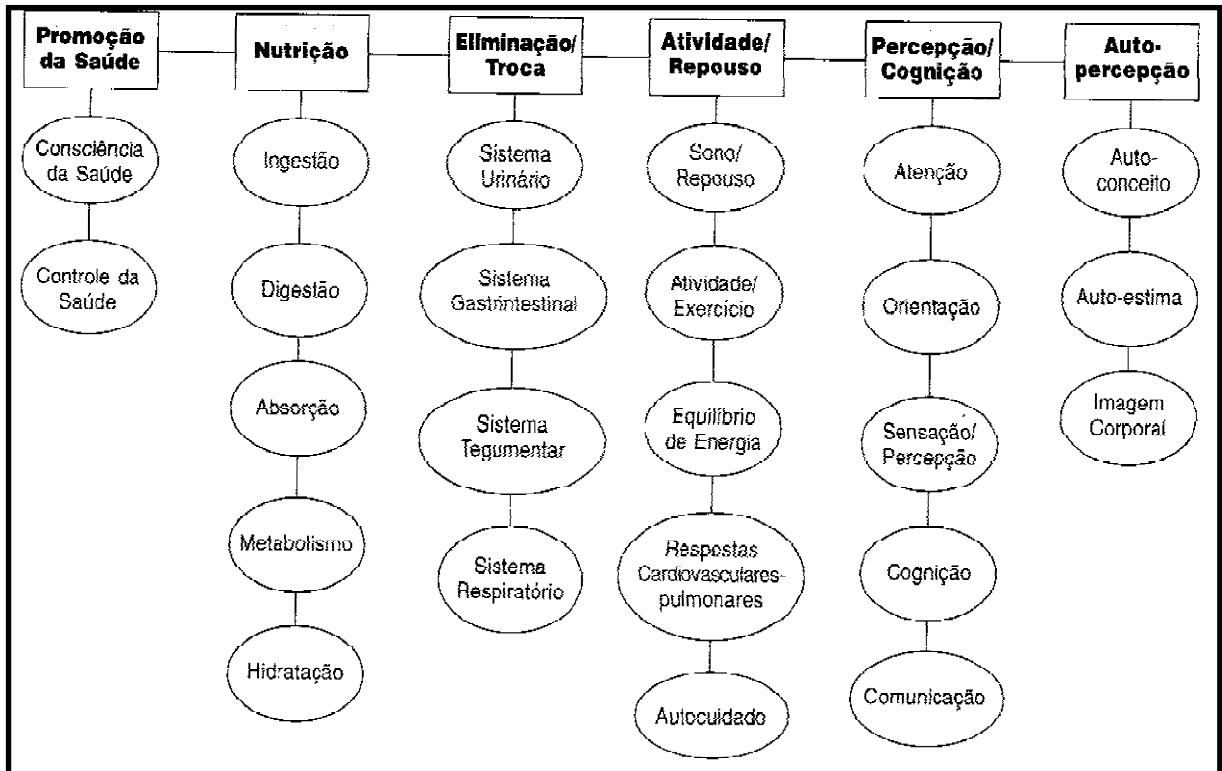
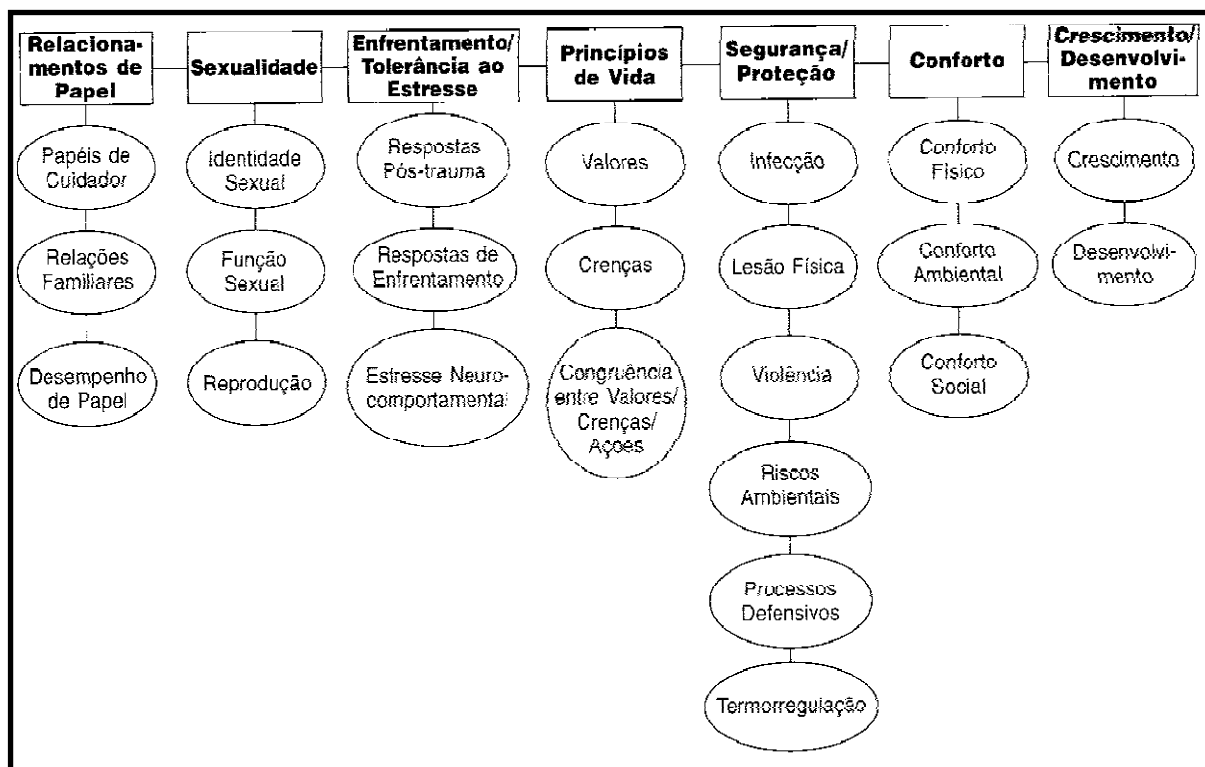


Figura 1: Domínio e classes dos diagnósticos de enfermagem segundo a Taxonomia II NANDA, 2006, p. 250.



Continua...

**Figura 1:** Domínio e classes dos diagnósticos de enfermagem segundo a Taxonomia II NANDA, 2006, p. 251.

Durante a realização do trabalho, utilizou-se a NANDA 2006-2007, pois era a publicação mais recente, na época. Após a sua finalização, foi publicado a NANDA 2007-2008, com acréscimo de 15 novos diagnósticos, bem como revisão de outros 26 apresentados na revisão anterior. Os novos diagnósticos refletem uma ênfase na promoção de saúde que incluem dois diagnósticos com foco na comunidade: *contaminação* e *risco de contaminação* (NANDA, 2008).

Na nova edição, quase todos os diagnósticos apresentaram algumas mudanças em suas características definidoras e em seus fatores relacionados ou de risco. Os conceitos não mudaram, mas, para facilitar a codificação foram separados e/ou condensados na medida em que começaram a utilizar a mesma palavra para definir conceitos. Outras mudanças, nesta edição, foram a inclusão de informações

sobre o uso e a aplicabilidade dos diagnósticos de enfermagem na educação, informática, pesquisa e administração em enfermagem (NANDA, 2008).

### **3.2 – O processo de envelhecimento e suas repercussões nas respostas humanas**

O envelhecimento pode ser conceituado como um fenômeno do processo de vida, assim como a infância, a adolescência, sendo marcado por mudanças biopsicossociais e fisiológicas específicas. Têm sido descritas, na literatura, algumas teorias que explicam esse processo, por exemplo: o princípio de exaustão. Esta teoria refere que o organismo continha um estoque fixo de energia, tal como a mola de um relógio, que ao se desenrolar leva a finalização da vida. Já, a teoria da existência de uma programação biológica deliberada, sustenta a idéia de que dentro de uma célula normal está armazenada a capacidade de delimitar a vida por meio de um número definido de duplicações. Outras teorias estão associadas a alterações aleatórias, como perda da maturação da célula, alterações no sistema imunológico, efeitos dos radicais livres na oxidação das células (VIEIRA, 2004).

O limite de idade entre o indivíduo adulto e o idoso é de 65 anos para as nações desenvolvidas e 60 para os países em desenvolvimento (COSTA et al., 2005). A classificação de um indivíduo como idoso não deve limitar-se apenas à idade cronológica, embora a mesma tenha sido adotada de forma massiva e exclusiva nas discussões sobre o envelhecimento. É fundamental também levar em conta as idades biológica, social e psicológica que não coincidem necessariamente com a cronológica. Portanto, a diferença entre as mesmas é importante a fim de que se possa compreender melhor as múltiplas dimensões da velhice (SILVA, 2005).

A senescência ou senectude é o resultado do somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas próprias do envelhecimento normal. A senilidade é caracterizada por modificações determinadas por afecções que freqüentemente acometem a pessoa idosa, é por vezes extremamente difícil. O exato limite entre estes dois estados é impreciso, e caracteristicamente, apresenta zonas de transição freqüentes o que dificulta discriminar a cada um deles (PAPALEO NETTO, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (2005) adotou a Política do Envelhecimento Ativo, que é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Permitindo assim as pessoas perceberem o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; e ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários. Nesse sentido, o termo ativo refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. Manter a autonomia (capacidade de pensar racionalmente e se autogerenciar) e independência (habilidades funcionais que dispensam ajuda) durante o processo de envelhecimento, é a meta fundamental para indivíduos e governantes (OMS, 2005).

Capacidade funcional surge, portanto, como um novo paradigma de saúde, particularmente relevante para o idoso. Envelhecimento saudável, dentro dessa nova ótica, passa a ser resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. A perda de um ente querido, a falência econômica, uma

doença incapacitante, um distúrbio mental, um acidente, são eventos cotidianos que podem juntos ou isoladamente, comprometer a capacidade funcional de um indivíduo. O bem-estar na velhice, ou saúde num sentido amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões (RAMOS, 2003).

As principais modificações fisiológicas que ocorrem no envelhecimento e as respostas humanas manifestadas pelo idoso serão de acordo com os domínios. Um domínio representa uma esfera de atividade, estudo ou interesse (NANDA, 2006).

### **3.2.1. Promoção da Saúde**

O domínio da Promoção da Saúde compreende: “a consciência de bem-estar ou de normalidade de função e as estratégias necessárias para manter sob controle ou aumentar esse bem-estar ou normalidade de função” (NANDA, 2006, p. 262).

A partir da Carta de Ottawa, 1986, a promoção da saúde incorpora como método cinco grandes campos de ação, a saber: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais, sendo que este último influencia, inicialmente, as respostas humanas (BUSS, 2000).

De acordo com a NANDA (2006, p.262), neste domínio, estão inseridas duas classes. Classe 1- conceituada como “a consciência de saúde que é demonstrada pelo reconhecimento da função normal e do bem-estar”. Nesta classe, não há catalogado nenhum diagnóstico de enfermagem, na Taxonomia da NANDA.

Classe 2- refere-se ao controle da saúde que “identifica, controla, realiza e integra atividades para manter a saúde e o bem-estar” (NANDA, 2006, p.262). Os diagnósticos de enfermagem são: comportamentos de busca de saúde, controle eficaz do regime terapêutico; controle ineficaz do regime terapêutico; controle comunitário ineficaz do regime terapêutico; controle familiar ineficaz do regime terapêutico; disposição para o controle aumentado do regime terapêutico; disposição para nutrição melhorada; manutenção ineficaz da saúde e manutenção do lar prejudicada.

O desenvolvimento da consciência, para a saúde pessoal do idoso, é fundamental, por favorecer sua interação com o sistema de saúde. Isto só ocorre por meio do diálogo, pois potencializa o sujeito na construção da pergunta e busca da resposta. Essa interação também é um exercício de pensamento crítico que encoraja o sujeito a descobrir o mundo para interpretá-lo, nele intervir, transformá-lo e transformar-se (FREIRE, 1991).

Estudo realizado por Teixeira (2002) objetivou investigar o empoderamento de pessoas idosas, a partir da participação em grupos de encontros direcionados à promoção da saúde, com o pressuposto de que o aumento da longevidade provoca o desempoderamento como: perda da autonomia positiva devido à imagem negativa da velhice, associada às perdas fisiológicas, psicológicas e sociais. A autora concluiu que: a participação dos idosos favorece o empoderamento, expresso em autonomia positiva, à medida que os grupos atuam como apoio social, aumentando a rede social dos idosos, proporcionando a diminuição da alienação, por meio de uma reflexão crítica, acerca dos valores negativos associados à velhice.

Lima-Costa et al. (2003) analisaram os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD – 1998) e concluíram que os idosos, com renda mais

baixa devido ao menor uso dos serviços de saúde apresentaram piores condições de saúde e funções físicas. A renda, além de proporcionar maior autonomia aos idosos, possui um papel fundamental na saúde dos indivíduos.

Assis, Hartz e Valla (2004) apresentaram um painel de avaliação de programas de promoção da saúde do idoso. Mostraram experiências a partir da revisão de programas, na área. Segundo os autores, a maioria deles enfocava o controle de patologias, com fatores de risco ou ações específicas, como: quedas, saúde oral, imunização, alimentação e, destacadamente, atividade física. Os autores chamam atenção para a tendência dos programas internacionais cuja transmissão de informações é combinada com ações de aconselhamento. Portanto, é necessário um debate contemporâneo sobre promoção da saúde, nas perspectivas política e sociocultural amplas.

A promoção de saúde é um desdobramento da atenção primária, que pode ser realizada em todos os níveis de atenção. Torna-se campo de análise, intervenção e planejamento das políticas de saúde, cujo enfoque é a visão integral do processo saúde-doença-atenção. Dessa forma, sai dos centros de saúde e se estende para as comunidades, os ambientes, as escolas, acrescentando como campo de atuação o reforço comunitário, que contém um componente educativo, que é o desenvolvimento de habilidades sociais (TEIXEIRA, 2002).

Ao pensar em promoção da saúde no envelhecimento, é essencial capacitar as pessoas para que aprendam hábitos de prevenção e estratégias de educação em saúde, preparando-as dessa forma, para as diversas fases da existência, que incluem o enfrentamento das enfermidades crônicas e das causas externas, que afetam a saúde (BUSS, 2000).

A educação em saúde procura promover mudanças de comportamento individual, enquanto que a promoção da saúde, muito embora inclua sempre a educação, visa provocar mudanças de comportamento organizacional, capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população (CANDEIAS, 1997).

O profissional, por meio da interdisciplinaridade, pode enxergar outras realidades, tornando-as mais ricas e interessantes. Somente pela perseverança e esperança é que se rompe a inércia das políticas das instituições públicas e se luta pelo sonho possível (FREIRE, 1991).

O profissional deve valorizar a educação permanente, pois é por meio dela que se obtém resultados eficazes, quer seja pela participação política ou pela mudança de hábitos dos indivíduos. É necessário que haja valorização e respeito à autonomia do idoso, para que o processo de formação de novos conceitos seja criado.

A metodologia da problematização leva o educando a procurar o conhecimento, de forma educativa e construtiva, desenvolvendo assim, habilidades intelectuais necessárias para a conscientização e compreensão das variadas práticas educativas cabíveis em busca da saúde.

As respostas humanas, a qualidade de vida dos idosos, no domínio de promoção de saúde, possibilitam a implementação de estratégias que promovam a autonomia e independência. As estratégias de promoção de saúde devem ser realizadas em forma de arco, tanto no ambiente hospitalar quanto na comunidade, ou seja, ambos se interligam e se completam, cumprindo assim, os sistemas de referência e contra-referência.

### 3.2.2 – Nutrição

A nutrição refere-se ao Domínio II da Taxonomia da NANDA (2006), sendo composto pelas atividades: “de ingerir, assimilar e utilizar nutrientes que objetivam manter e reparar os tecidos e produzir energia” (NANDA, 2006, p. 262). Engloba cinco classes: ingestão, digestão, absorção, metabolismo e hidratação.

A Classe 1 refere-se à ingestão, ou seja, “à introdução de alimentos ou nutrientes no organismo”(NANDA, 2006, p. 262). É composta pelos seguintes diagnósticos de enfermagem: nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais; nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais; risco de nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais e deglutição prejudicada.

Com o envelhecimento, ocorrem várias alterações: no funcionamento do aparelho digestivo; na percepção sensorial; na capacidade mastigatória; na composição e no fluxo salivar e na mucosa oral; na estrutura e função do estômago, intestinos, pâncreas, fígado e vias biliares; diminuição da sede e efeitos secundários dos fármacos que interferem na nutrição do idoso. Além disso, diminuição da sensibilidade dos sentidos é fator de risco à nutrição, pois o idoso poderá aumentar a ingestão de substâncias nocivas à saúde, como: excesso de sal, açúcares, gorduras e, até mesmo, substâncias químicas. Alguns fatores psicossociais como: a perda do cônjuge, depressão, isolamento social, pobreza, integração social, capacidade de deslocamento, capacidade cognitiva, ansiedade e outros associados à própria enfermidade comprometem a alimentação, durante a velhice (CAMPOS, 1996; PAPALÉO NETTO, 2007).

Dentre as alterações neurológicas que podem afetar a nutrição, estão as demências, que se constituem num processo de redução ou perda de aptidões intelectuais, em consequência da deterioração do tecido cerebral, de tal forma que o funcionamento social, funcional e laborativo ficam prejudicados. Provocam disfunções em vários domínios intelectuais como: a memória, o pensamento, a linguagem, o raciocínio, a orientação, a percepção, caracterizados pela contração e atrofia do cérebro, em consequência da perda de células nervosas (VIEIRA, 2004).

Atualmente, a demência é o problema de saúde mental que mais cresce. Sua prevalência aumenta exponencialmente com a idade, passando de 5,0% naqueles com mais de 60 anos e 20,0% com idade superior a 80 anos. A incidência anual de demência também cresce sensivelmente com o envelhecimento, de 0,6% na faixa dos 65-69 anos para 8,4% naqueles com mais de 85. No Brasil, e em outros países em desenvolvimento, os estudos populacionais sobre demência são escassos. Estimativa do ano de 2000 acusou aproximadamente 3,0% da população idosa com demência, nos países em desenvolvimento (JORM; KORTEN; HENDERSON, 1987; PAYKEL et al., 1994; BEARD, et al., 1995; SCAZUFCA et al., 2002).

Em estudo realizado na cidade de Catanduva, a prevalência de demência foi de 7,1%, sendo a doença de Alzheimer (DA) responsável pela maioria dos diagnósticos (54,1%), seguida pela demência vascular, com (9,3%) dos casos (HERRERA; CARAMELLI; NITRINI, 1998). O idoso torna-se incapaz de se alimentar independentemente, devido às limitações olfativas, cognitivas e físicas, deixando o paciente caquético, podendo estar associada à disfunção na regulação do peso corporal (CORREA, 1996; WILHIANS, 1997; POEHLMAN; DVORAK, 2000).

No que tange às respostas humanas apresentadas, pelo idoso, quanto ao equilíbrio da nutrição, Campos (1996) descreve a elevada prevalência de desvio

nutricional, ou seja, a desnutrição, o sobrepeso e a obesidade. É decorrente das condições peculiares em que os idosos se encontram, seja no ambiente familiar, vivendo sozinho ou em instituição de longa permanência, agravadas pelas condições socioeconômicas, pelas alterações fisiológicas inerentes à idade e progressiva incapacidade para realizar, sozinho, as suas atividades cotidianas. Os efeitos da alimentação inadequada, por excesso ou déficit de nutrientes, têm expressiva representação, e reflete um quadro latente de má nutrição, em maior ou menor grau.

A nutrição mais que as necessidades corporais, ocorre devido à ingestão inadequada de alimentos que possuem elevada quantidade de calorias, assim como a ausência de dentes e a utilização de próteses, que interferem na capacidade e eficiência do processo de mastigação, influenciando na escolha dos alimentos mais calóricos (FLORENTINO, 2002).

Os idosos também podem ter a nutrição menor que as necessidades corporais, podendo desenvolver a desnutrição. As alterações fisiológicas decorrentes são: problemas de dentição, redução do paladar, absorção intestinal diminuída e afluxo sensorial para o hipotálamo que controla o centro da fome e da sensação de saciedade, alterações metabólicas (que incluem redução ou aumento da síntese protéica e redução do gasto energético). Para os idosos, o baixo peso pode ser um fator de risco de morbidade mais significativo do que o excesso de peso (GUIMARÃES; CUNHA, 2004; VIEIRA, 2004).

No envelhecimento, as questões concernentes à capacidade funcional e à autonomia podem ser mais importantes que a própria questão da morbidade, pois se relacionam, diretamente, com a qualidade de vida. Portanto, se o idoso necessitar de algum auxílio para realizar atividades diárias, como transferir-se da cama para o

sofá, vestir-se, alimentar-se e cuidar da própria higiene, poderá ter comprometimento da alimentação devido à perda da autonomia (CHAIMOVICZ, 2006).

A perda de dentes na velhice acarretará conseqüências em todos os órgãos do corpo. O indivíduo tende a se retrair, por causa da aparência, tornando-se, excluído da sociedade. A ausência de dentes ou uso de próteses refletirá nos hábitos alimentares (BRUNETTI; MONTENEGRO; MANETTA, 2002).

Kiyak (1993) observou que os idosos são os maiores usuários de serviços médicos, entretanto não o são dos serviços odontológicos. Apesar dos fatores socioeconômicos desempenharem papel significativo, verificou-se que proporcionar serviços dentários gratuitos ou de baixo custo não aumentam necessariamente sua utilização, pois as predições mais poderosas para sua utilização são as necessidades percebidas e as atitudes frente aos cuidados bucais.

Os problemas de deglutição são freqüentes, nos idosos. Sufocam-se facilmente com os alimentos, devido a diminuição da motilidade digestiva em função da perda de acuidade neuromuscular (BERGER; POIRIER, 1995)

A deglutição pode ser prejudicada por patologias como: a acalasia que geralmente se manifesta com disfagia insidiosa, para sólidos e líquidos acompanhada por desconforto torácico, halitose, tosse noturna e aspiração. A acalasia secundária, a infiltração neoplásica de esfíncter inferior é mais freqüente que a acalasia idiopática. A esofagite causada por impactação de medicamentos ocorre com mais freqüência no idoso, e manifesta-se com odinofaringe e dor torácica. A chamada disfagia aórtica, específica da população idosa, é decorrente da compressão do esôfago, entre a aorta dilatada e aterosclerótica e o coração (GUIMARÃES; CUNHA, 2004).

A deglutição prejudicada pode promover nutrição desequilibrada. De acordo com Shuman (1998) as pessoas que usam dentaduras mastigam 75,0 a 85,0% menos eficientemente, o que leva a diminuição do consumo de carnes, frutas e vegetais frescos, razão porque idosos com próteses totais tendem a consumir alimentos macios, facilmente mastigáveis, pobres em fibras, vitaminas e minerais.

Para Guimarães e Cunha (2004) a disfagia orofaríngea é mais comum em idosos, pois há dificuldade de iniciar a deglutição. Quando de início recente e progressivo pode sugerir doenças neoplásicas. Disfagia para sólidos sugere obstrução mecânica, enquanto disfagias somente para líquidos ou para líquidos e sólidos, geralmente resultam em distúrbios neuromusculares, ocasionando: doença de Parkinson, acidente vascular cerebral (A.V.C), tumores cerebrais, esclerose múltipla, distrofias musculares e miastenia gravis. Em situação de demência, deglutir pode se tornar inteiramente ineficaz. A doença de Parkinson produz tremor lingual, que atrasa a deglutição e produz disfagia orofaríngea.

O paciente idoso com doença de refluxo gastresofágico geralmente é menos sintomático que o paciente jovem, porém está mais sujeito ao desenvolvimento de complicações, como: esofagite ulcerada, sangramentos e estenose. Os sintomas de pirose epigástrica e retroesternal se manifestam com menos intensidade, no idoso, devido ao declínio da sensibilidade esofagiana e diminuição da acidez, motivados pela longa atividade do *Helicobacter Pylori* sobre a mucosa gástrica, produzindo atrofia e metaplasia intestinal. As manifestações de refluxo gastresofágico relacionadas às vias aéreas mais comuns, no idoso, são: asma, bronquite, tosse crônica, fibrose pulmonar, pneumonia de aspiração, laringite e faringite (GUIMARÃES; CUNHA, 2004).

O idoso pode apresentar sintomas dispépticos (peso epigástrico pós-prandial) acompanhado ou não de saciedade precoce, náuseas, vômitos ou flatulência e esvaziamento gástrico. Nos idosos, a úlcera péptica gastroduodenal que se manifesta pela dor epigástrica tipo queimação, por vezes noturna, com ritmicidade e periodicidade, não são freqüentes (principalmente acima de 75 anos). Pode iniciar-se com sangramento, perfuração, anemia e até delirium (GUIMARÃES; CUNHA, 2004). Sendo que todas essas manifestações podem provocar a perda de peso levando a desnutrição.

A Classe 2 - refere-se à digestão que são "atividades físicas e químicas que convertem gêneros alimentícios em substâncias adequadas, para absorção e assimilação"(NANDA, 2006, p.262). Classe 3- discorre sobre a absorção. De acordo com (NANDA, 2006, p.262) "é o ato de absorver os nutrientes pelos tecidos do organismo". Nessas classes, não estão catalogados diagnósticos de enfermagem.

A fisiologia hepática, com o avançar da idade, sofre graus variáveis de decréscimo funcional. O idoso apresenta diminuição no volume, no peso e no fluxo sanguíneo hepático, surgindo hipertrofia dos hepatócitos. Isso resultará na redução da síntese protéica, de gliconeogênese e de regeneração com conseqüente distúrbio no metabolismo de alimentos e drogas. Quanto ao metabolismo dos alimentos, ocorrerá diminuição da absorção de gordura, enquanto que no metabolismo das drogas haverá maiores efeitos e duração (BERGER; POIRIER, 1995).

Com o envelhecimento surgem modificações na secreção de ácido clorídrico. A hipocloridria é muito freqüente depois dos 60 anos, devido a atrofia da mucosa intestinal. Após os 70 anos ocorre diminuição das secreções de ácido clorídrico, em 60,0 %, dificultando a digestão de proteínas e absorção dos minerais, favorecendo a proliferação bacteriana e o aparecimento de distúrbios digestivos, sendo a causa de

anemia, por interferência na absorção da vitamina B12. As dificuldades de mastigação interferem nos processos de digestão e absorção, e alimentos em partes /pedaços maiores dificultam a deglutição, devendo ser fracionados.

A Classe 4- trata do metabolismo, ou seja, dos “processos químicos e físicos que ocorrem em organismos vivos e células, para o desenvolvimento e a utilização de protoplasma e produção de resíduos e energia, com a liberação de energia para todos os processos vitais”(NANDA, 2006, p.262). Nesta classe, não foram catalogados diagnósticos de enfermagem, na Taxonomia da NANDA (2006).

O metabolismo basal que representa a quantidade de energia necessária para a manutenção da vida é influenciado pela idade, diminuindo progressivamente com o envelhecimento. Estas diminuições estão ligadas a fatores hormonais (tireoideanos, gonadotróficos e corticoesteróides) e a atividade física (BERGER; POIRIER, 1995). Essa diminuição, do metabolismo, pode ser fator predisponente para nutrição maior que as necessidades corporais.

A alimentação sofre influência benéfica exercida pela prática de atividade física. Vieira (2004) afirma que, a atividade física é o conjunto de ações corporais capaz de contribuir para a manutenção fisiológica e o funcionamento normal, não só do organismo do idoso, como também do seu estado psicológico e social. A atividade física atua como caráter preventivo e na manutenção da capacidade funcional do indivíduo, contribuindo para a melhora dos aparelhos locomotor, cardiovascular, respiratório e do funcionamento cerebral.

Em resposta ao exercício físico há aumento do metabolismo e HDL- lipoproteínas de alta densidade (que são responsáveis pelo transporte ao fígado de gorduras não utilizadas), sendo benéficos para a limpeza das artérias, aumento da força muscular e melhora da osteoporose. Os exercícios físicos aumentam a

absorção de nutrientes, retardando assim as alterações na diminuição do metabolismo, no envelhecimento (REICHEL, 2001; DUARTE, 2004; VIEIRA, 2004).

O ato de se alimentar no envelhecimento pode ser influenciado por certas dificuldades como a de cortar, mastigar e insalivar os alimentos, pois a secreção salivar diminui com a idade e com o consumo de fármacos (BERGER; POIRIER, 1995). Isso interfere no processo de ingestão, digestão e absorção dos alimentos.

Campos, Monteiro e Ornelas (2000) referem que atitudes simples, como: servir as refeições em local agradável, sentar-se confortavelmente à mesa em companhia de outras pessoas, disciplinar e fracionar o consumo de alimentos, estabelecendo horários, montando refeições atrativas (combinar, de acordo com as recomendações para a faixa etária, alimentos construtores, energéticos e reguladores), refeições coloridas e saborosas (usar temperos naturais, evitando o abuso do sal) e promover um contraste de cores, entre os utensílios e o forro da mesa, melhoram o estado de ânimo do idoso, e influencia, positivamente, o seu apetite. Músicas suaves causam tranquilidade e auxiliam na degustação dos alimentos, prazerosamente.

A Classe 5- refere-se à hidratação, isto é, “a ingestão e absorção de fluidos e eletrólitos” (NANDA, 2006, p.263). Os diagnósticos, possivelmente, identificáveis são: volume de líquidos deficientes; risco de volume de líquidos deficientes; volume excessivo de líquidos; risco de desequilíbrio do volume de líquidos; disposição para equilíbrio de líquidos aumentado.

A perda de água intracelular, durante o processo de envelhecimento, relacionada com a perda da massa magra muscular, contribui para a baixa quantidade de água corporal, fato que pode ser agravado pelo uso de diurético ou por alterações no controle da sede. Nos idosos, há perda da sensação de sede,

diminuição do volume hídrico intracelular que podem ser explicados pelo aumento de gordura corporal, mediante mudanças hormonais. A diminuição da quantidade de água corporal total gera, freqüentemente, uma desidratação simples, caracterizada por apatia e ressecamento das mucosas. Fatores como: calor excessivo, febre, falta de ar, diabetes descompensado e infecção, podem determinar quadros de desidratação extremamente graves (SOARES et al.,1991; RODRIQUES; DIOGO, 1996).

Uma hidratação inadequada favorece, igualmente, o aparecimento de problemas intestinais e urinários. Quando o organismo ingere pouco líquido, as fezes constituídas, em grande parte, por água tornam-se secas e duras. Grande parte dessas fezes, já no reto, exerce pressão sobre a saída da bexiga, podendo provocar um bloqueio mecânico. Por outro lado, uma quantidade insuficiente de líquidos diminui a produção de urina, reduzindo as estimulações nervosas e sensitivas da bexiga, ocasionando a incontinência. É necessária quantidade suficiente de urina (300 a 350 ml) para distender as paredes da bexiga, e desencadear estímulos sensitivos dos receptores mecânicos que, atingindo os centros cerebrais superiores, desencadeiam uma sensação de bexiga cheia e conseqüente necessidade de urinar (BURNSIDE, 1981; POIRIER, 1995).

O intestino grosso desempenha papel importante na absorção de água e manutenção do equilíbrio eletrolítico, que, por sua vez, ajuda a liquefazer as secreções brônquicas pulmonares, facilitando a remoção de secreções espessas e endurecidas difíceis de eliminação, pela tosse e expectoração. No caso da hidratação insuficiente, ocorre o risco de fezes duras e de eliminação traqueobrônquica ineficaz. O consumo de fibras, sem uma hidratação adequada, pode também agravar a disfunção intestinal (POIRIER, 1995).

O processo de alta deve garantir o autocuidado e a reinserção do idoso, no seio familiar e na sociedade, com hábitos alimentares que promovam a saúde, recupere e previna os agravos, garantindo assim a melhoria de qualidade de vida, por meio de hábitos nutricionais saudáveis.

### **3.2.3 - Eliminação e troca**

Este domínio refere-se à “secreção e à excreção dos produtos residuais do metabolismo no organismo” (NANDA, 2006, p. 263). Fazem parte as seguintes classes: funções urinária, gastrintestinal, tegumentar e pulmonar (NANDA, 2006).

A Classe1 - a função urinária é o “processo de secreção, reabsorção e excreção da urina” (NANDA, 2006, p.263) Os diagnósticos aprovados são: eliminação urinária prejudicada; retenção urinária; incontinência urinária total; incontinência urinária funcional; incontinência urinária de esforço; incontinência urinária de urgência; incontinência urinária reflexa; risco de incontinência urinária de urgência e disposição para eliminação urinária melhorada.

À medida que o sistema urinário envelhece, os rins reduzem de peso e tamanho, perdem néfrons e diminuem a filtração glomerular. O ureter aumenta sua contratilidade. A bexiga, órgão responsável pelo armazenamento e expulsão da urina, sofre alterações podendo exteriorizar-se. A bexiga desce, porque não encontra resistência do assoalho pélvico. Em algumas mulheres, podem chegar a se exteriorizar pela vagina (cistocele). Estas lesões geralmente se apresentam associadas à rotura perineal, trazendo para a idosa repercussões limitantes nos campos social, psíquico e profissional. Haverá um desequilíbrio no armazenamento vesical e a expulsão da urina (CARVALHO, 2002).

O envelhecimento, por si só, não causa a incontinência urinária, porém induz algumas mudanças funcionais e estruturais, que podem predispor à incontinência, por exemplo: mudanças nos aspectos anatômicos e funcionais da bexiga, vias de saída e sistema nervoso central. No sistema nervoso central observam-se alterações no controle cerebral, devido à atrofia desse órgão, associada algumas vezes a quadros de demências. Quanto à via de saída, alterações prostáticas nos homens e hormonais nas mulheres, podem levar à alteração na permeabilidade uretral, perda da elasticidade do assoalho pélvico, causada pela multiparidade, com conseqüente alteração na dinâmica miccional. Com referência ao envelhecimento da musculatura estriada, pode-se notar diminuição de fibras eficientes com maior fibrose da musculatura, quando comparada a indivíduos jovens (MACIEL, 2002; LEME, 2000b).

Vieira (2004) afirma que as mais importantes conseqüências da incontinência urinária residem no desconforto, no constrangimento pessoal e embaraço com a situação, levando o indivíduo a alterações psicológicas. Do ponto de vista psicológico, a incontinência afeta de forma significativa a qualidade de vida do idoso, contribuindo para a ocorrência de doenças, transtornos psicológicos e psiquiátricos, transtornos de relacionamentos, familiar e social, isolamento social e de institucionalização (RODRIGUES, 2004).

A Classe 2- a eliminação e troca referem-se à “função de absorção e excreção dos produtos finais da digestão”. Os diagnósticos inseridos são: incontinência intestinal, diarréia, constipação, risco de constipação e constipação percebida (NANDA, 2006, p. 263).

No processo de envelhecimento a mastigação e a deglutição se tornam mais difíceis, a mastigação pode se tornar dolorosa e desagradável, causada principalmente pelo uso inadequado da dentadura e falta de dentes. Por esses

motivos, existe uma tendência a se comer alimentos mais moles, que, em geral, têm mais calorias e menos vitaminas A, C, ácido fólico e fibras. Esta mudança do padrão nutricional pode levar, além da ingestão nutricional deficiente, à constipação intestinal (CARVALHO FILHO; PAPALETTO, 2006).

A secreção diminuída da maioria das enzimas digestivas e da bile faz com que a digestão seja mais lenta e menos eficiente. A quantidade aumentada de resíduo resulta em má digestão e absorção, podendo causar aumento de flatulência. O movimento gastrointestinal diminuído torna a obstipação um problema freqüente, no idoso (CARVALHO FILHO; PAPALETTO, 2006).

O processo de arteriosclerose acarreta uma diminuição do aporte sanguíneo universal e, em particular, no tubo digestivo, que leva a hipotrofia e hipotonia das túnicas musculares dos cólons, responsáveis pela constipação (GUIMARÃES; CUNHA, 2004).

No intestino do idoso há perda de tonicidade muscular, de motilidade e de lubrificação pelas glândulas da mucosa intestinal, perda de tonicidade muscular do esfíncter do intestino grosso (POIRIER, 1995).

Vieira (2004) refere que a constipação pode ser um problema resultante da alimentação, sedentarismo, mastigação deficiente, doenças associadas e uso de vários medicamentos. Alimentos que contenham fibras podem ajudar na melhora desse problema, sem elas, o processo digestivo pode ser lento, dificultando a evacuação, provocando doenças como: diverticulite e hemorróidas. Dentre os distúrbios gastrintestinais que podem afetar o idoso têm-se as diarreias.

As diarreias são distúrbios dos mecanismos reguladores da secreção e absorção de líquidos. Caracterizam-se por três ou mais eliminações de fezes moles ou líquidas num período de 24 horas ou qualquer número com sangue. Na diarreia

aguda os sintomas duram menos de 14 dias, enquanto que na diarreia crônica se prolonga por mais de um mês. A diarreia é uma importante causa de morbidade e mortalidade, no idoso, decorrente do declínio global da função imune. Citam-se como alterações do sistema imunitário: as diminuições das células T e da formação de anticorpos, alteração na flora intestinal, tornando as membranas das mucosas mais susceptíveis a infecções (BARTLETT, 1998; BAQUI et al., 1991).

A disenteria é um processo diarreico que apresenta fezes liquefeitas, presença de muco, pus e/ou sangue. As diverticulites e neoplasias, do intestino, podem produzir diarreias (POIRIER, 1995; GUIMARÃES; CUNHA, 2004).

A incontinência fecal é a passagem involuntária ou inapropriada de fezes pelo ânus. Eis algumas causas: lesão do pavimento pélvico ou dos esfíncteres; traumatismo obstétrico, lesão direta; diarreia/urgência para defecar; doença inflamatória dos intestinos, síndrome do cólon irritável; iatrogenia/pós-cirúrgico; pós-hemoroidectomia, esfínterectomia para fissura ou estiramento anal; patologia anorretal; prolapso retal fissura anal ou fístula reto-vaginal; fatores neurológicos como: lesão da medula espinal, esclerose múltipla, espinha bífida, doença de Parkinson; institucionalização ou imobilização; banheiros mal cuidados, cuidados inadequados e idiopáticos (NORTON, 1996).

A Classe 3- trata da função tegumentar, ou seja, "dos processos de secreção e excreção, através da pele" (NANDA, 2006, p.263). Nesta classe, não foi desenvolvido, até o momento, nenhum diagnóstico de enfermagem.

A função tegumentar apresenta-se alterada pelo envelhecimento cutâneo e constitui fenômeno irreversível. A pele do idoso é mais fina, perde elasticidade e apresenta-se enrugada, a superfície amarelece, é mais seca e, muitas vezes,

descamativa. A pele seca e áspera são resultados da diminuição das atividades das glândulas sudoríparas e sebáceas (PAPALÉO NETTO, 2007).

A pele dos idosos sofre influência do ambiente, diminuição da circulação e das funções de várias estruturas cutâneas. A pele torna-se fina, frágil, aparecem as rugas, ceratoses seborréias que são manchas negras ou castanhas, elevadas ou em forma de verrugas, não são pré-cancerosas; o crescimento de pêlos e unhas diminui e as unhas se tornam quebradiças (BLACK; JACOBS, 1996).

Classe 4- a função respiratória é conceituada por NANDA (2006, p.263) como o “processo de troca de gases e remoção dos produtos finais do metabolismo.” Nesta classe, há o diagnóstico troca de gases prejudicada.

A função respiratória altera-se com o envelhecimento, devido às modificações dos mecanismos reguladores da respiração. Verifica-se diminuição da resposta ventilatória às variações das pressões parciais de oxigênio e gás carbônico, no sangue. Há diminuição da elasticidade, dilatação dos bronquíolos respiratórios, dos ductos e sacos alveolares. Como conseqüências dessas modificações, há insuficiências respiratória restritiva, obstrutiva e difusional, evidentes nas ocasiões de esforço ou quando o idoso apresenta um processo patológico pulmonar, que irão somar-se às alterações determinadas pelo envelhecimento (PAPALÉO NETTO, 2007).

Dentre as alterações do aparelho respiratório estão: a perda de elasticidade dos tecidos que circundam os alvéolos e dutos alveolares; perda da elasticidade do tecido pulmonar; diminuição da capacidade inspiratória, por calcificação da cartilagem costal; diminuição da contratilidade dos músculos inspiratórios; debilidade dos músculos diafragmáticos e intercostais; aumentos do volume residual e da resistência das vias aéreas; diminuições da capacidade vital e da atividade ciliar das

membranas brônquicas. A tosse noturna, quando produtiva, pode indicar refluxo gastroesofágico ou manifestações de cardiopatias. A sinusite e a rinite são causas de tosse devido ao gotejamento da secreção para a faringe. A dispnéia pode ser confundida com cansaço ou fraqueza. É um sintoma comum a várias doenças pulmonares e cardíacas, constituindo-se em uma das queixas mais frequentes e preocupantes, em idosos. A dispnéia pode ser diferenciada por modificações de amplitude respiratória (hiperpnéia) e de frequência (polipnéia, taquipnéia e oligopnéia). A dispnéia orgânica é, quase sempre, relacionada com esforço físico ou limitações de mobilidade, orgânicas e dores osteoarticulares.

As queixas de dispnéia de esforço, podem indicar comprometimento do processo ventilatório. A instalação lenta e progressiva é habitual nos enfisematosos, que, muitas vezes, não se dão conta de sua dispnéia, por viverem se adaptando lentamente às limitações, que o esforço físico lhes determina. A dispnéia de instalação aguda ocorre nas crises de asma, pneumotórax, descompensação respiratória nos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência cardíaca esquerda (RIBEIRO et al., 2004).

Outra modificação que ocorre com o sistema pulmonar, no envelhecimento, é o formato do pulmão, que se torna mais arredondado, em decorrência do aumento dos diâmetros ântero-posteriores da circunferência, da superfície e da altura do pulmão. A proporção de tecido pulmonar, constituída por ductos aéreos alveolares aumenta, e há uma redução relativa no ar alveolar. Ocorrem perda do tecido e fibras elásticas das paredes alveolares. O resultado é a deterioração da função pulmonar. A frequência do enfisema, a prevalência da tosse crônica e a produção de escarro são maiores na população mais idosa (BLACK; JACOBS, 1996), sendo um desafio a manutenção da função respiratória eficaz, nessa população.

### 3.2.4 - Atividade /Repouso

Trata-se de um domínio da produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos. Estão inseridas, neste domínio, as seguintes classes: sono e repouso, atividade/exercício, equilíbrio de energia e respostas cardiovasculares/pulmonares.

Classe 1- sono e repouso – pode ser conceituado como: “sono, repouso, ócio, relaxamento ou inatividade” (NANDA, 2006, p.263). Os diagnósticos propostos, nesta classe, são: padrão de sono perturbado, privação do sono e disposição para o sono melhorado.

O sono é um estado de inconsciência durante o qual o cérebro repousa, e a pessoa pode ser despertada, por estímulos externos. O distúrbio do padrão de sono relaciona-se com mais de 60 distúrbios identificados, de acordo com a classificação internacional dos distúrbios do sono. A pessoa idosa passa mais tempo dormindo, ou com sonolência, demora mais a adormecer, acorda mais durante a noite e apresenta mais sonolência, durante o dia. É possível que, os níveis elevados de norepinefrina e a disfunção respiratória relacionada à idade sejam responsáveis pela fragmentação do sono. Cerca de um terço dos idosos apresentam apnéia do sono. Esta anormalidade é exacerbada com o uso de ansiolíticos. A atividade simpática diminui, enquanto a parassimpática aumenta. Ocasionalmente, a pressão arterial, o pulso e a respiração diminuem, os vasos cutâneos dilatam o sistema gastrointestinal, às vezes, aumenta de atividade e os músculos esqueléticos relaxam (BLACK; JACOBS, 1996).

Padrão de sono perturbado é “um distúrbio, com tempo limitado, na quantidade ou qualidade do sono (suspensão natural, periódica da consciência)” (NANDA, 2006, p. 213). A maioria das alterações de sono e repouso, no idoso, pode ser identificada por uma avaliação sistematizada e abrangente, devendo sempre considerar a associação com outros distúrbios de saúde. No Brasil, um estudo de base populacional revelou uma prevalência de 3,9% de insônia, em idosos. Neste estudo, a insônia não estava associada ao gênero feminino, mas associa-se à algumas condições: percepção da própria saúde como razoável ou ruim/muito ruim, e insatisfação com a forma como gasta o tempo livre (ROCHA, 2000).

Entre os fatores psicossociais, responsáveis pelo padrão de sono perturbado, no idoso, estão: o luto, a aposentadoria e as modificações no ambiente social (isolamento, institucionalização, dificuldades financeiras). A morte do cônjuge tem um forte impacto, podendo estar associada ou não à depressão. A aposentadoria e as modificações no ambiente social, quando rompem com os hábitos regulares do idoso, contribuem para reduzir a amplitude do ritmo sono-vigília, produzindo fragmentação do sono noturno e, freqüentemente, cochilos diurnos usados como fuga à monotonia. Os fatores comportamentais com maior interferência sobre os distúrbios de sono, na velhice, são: a redução da atividade física e exposição à luz solar. A atividade física regular resulta em aumento e duração do sono (WEINERT, 2000).

Privações de sono são “períodos prolongados de tempo sem sono (suspensão sustentada natural e periódica do estado de consciência relativa)” (NANDA, 2006, p.216). Em relação à atividade e repouso, o envelhecimento é marcado por um decréscimo das capacidades motoras, redução da força, flexibilidade, velocidade, dificultando a realização das atividades diárias e a

manutenção de um estilo de vida saudável. A diminuição das atividades físicas causa a privação do sono, pois o exercício físico aumenta a temperatura corporal, facilitando o disparo do início do sono devido à ativação dos mecanismos controlados pelo hipotálamo. O aumento do gasto energético promovido pelo exercício, durante a vigília, aumenta a necessidade de sono a fim de alcançar um balanço energético positivo, restabelecendo uma condição adequada para um novo ciclo de vigília (DRIVER; TAYLOR, 2000).

A insônia é a dificuldade de iniciar ou manter o sono. Os períodos de sono podem ser classificados em: inicial (quando a pessoa apresenta dificuldade em iniciar o sono), intermediário (dificuldade em manter o sono) e final (despertar precoce).

Quanto à sua duração, classificam-se: de curta duração, transitória e crônica. A insônia de curta duração decorre de alterações ambientais, estresse, ansiedade ou depressão e desaparece espontaneamente, quando o indivíduo se adapta às mudanças ou remove os fatores causais; a transitória dura geralmente de 1 a 3 semanas e a crônica tem duração maior do que 3 semanas, podendo permanecer pelo resto da vida. É mais freqüente em pessoas com distúrbios psiquiátricos, dependentes de álcool ou outras drogas, portadores de demência ou doenças ou condições graves (EBERSOLE, 2001).

A insônia psicofisiológica associa-se tanto aos estados de ansiedade quanto aos diversos comportamentos inadequados, como: expectativas negativas relativas ao sono e ao cansaço diurno, hábitos irregulares de sono, persistência de pensamentos em problemas e situações de conflito, na hora de dormir (WEINERT, 2000).

Os idosos tendem a apresentar: dessincronização interna entre os ciclos de sono-vigília e temperatura corporal, referir queixas de frio ou calor, especialmente nos pés, ao dormir; apresentar dessincronização externa, com menor quantidade e qualidade de estímulos ambientais e capacidade de recepção desses estímulos, incluindo a luz solar. Além desses aspectos, destacam-se os cochilos como um padrão normal que parece aumentar com a idade e ser indicativo de uma distribuição diferente de sono. Em média, os cochilos duram de 15 a 60 min, podendo ocorrer várias vezes, ao dia. Normalmente, propiciam um sono profundo e restaurador das funções orgânicas, contudo, quando aumentados em quantidade ou duração, podem interferir no sono noturno (EBERSOLE, 2001).

Disposição para sono melhorado “é um padrão de suspensão natural e periódica da consciência que propicia o descanso adequado, um estilo de vida desejável e que pode ser reforçado” (NANDA, 2006, p. 212).

A higiene inadequada do sono interfere nas condições para dormir (luminosidade, ruídos, temperatura, companheiro de quarto, atividades inapropriadas na cama, ingestão de alimentos e líquidos precedendo o horário de ir para a cama, horário de uso de diuréticos). Outras alterações exercem influência moduladora no sono, como: luto, aposentadoria, redução das atividades física e social, pouca exposição à luz solar, entre outras. A adequada avaliação e planejamento das rotinas diárias e rituais do sono poderão auxiliar o profissional de saúde a selecionar os sincronizadores eficazes. As condições para dormir devem envolver um ambiente físico confortável e seguro. O conforto compreende: mobiliário e colchão em bom estado de conservação, lençóis macios e sem dobras, cobertas leves e de bom aquecimento, temperatura ambiental controlada, ausência ou diminuição de ruídos. A segurança pode ser propiciada por iluminação indireta e de baixa intensidade, que

permita ao idoso levantar-se, durante a noite, sem perigo de quedas ou acidentes (GEIB, 2003). Então nesse caso o indivíduo idoso deve ser estimulado a manter esses padrões.

Classe 2- atividade/exercício – é conceituado como “mover parte do corpo (mobilidade), realizar trabalho ou desempenhar ações com freqüência (mas nem sempre) contra resistência” (NANDA, 2006, p.264). Os diagnósticos, desta classe, são: risco da síndrome do desuso; mobilidade física prejudicada; mobilidade no leito prejudicada; mobilidade com cadeira de rodas prejudicada; capacidade de transferência prejudicada; deambulação prejudicada; atividades de recreação deficientes; recuperação cirúrgica retardada e estilo de vida sedentário.

Dentre as doenças neurológicas, que comprometem a atividade e o repouso, dos idosos, é citada a doença de Alzheimer. É a modalidade de demência de maior prevalência, na população. Os distúrbios psiquiátricos e de comportamento são comuns e causam transtornos de ordem psicossocial e econômica, comprometendo todos os domínios cognitivos. A maior dificuldade, que enfrentam os pacientes e seus familiares é a administração dos problemas diários como: vestir-se, organizar contas, entre outros (FERRARI, 2001).

Igualmente, as doenças cérebro-vasculares incidem, com maior freqüência, na idade avançada, ocasionando maiores taxas de óbitos e seqüelas. O doente idoso, possui algumas características próprias em relação à etiologia e prevenção. Há nítida predominância da aterosclerose como causa de doença cardiovascular. (BOTREL et al., 2000). As doenças cérebro-vasculares, no idoso, alteram a estrutura familiar e, muitas vezes, acarretam perda da autonomia e independência.

A Classe 3 - equilíbrio e energia tratam-se de: “um estado dinâmico de harmonia entre o influxo e o gasto de recursos energéticos” (NANDA, 2006, p.264). Campo de energia perturbado e fadiga são os diagnósticos encontrados.

O diagnóstico de campo de energia perturbado é conceituado pela NANDA (2006, p.47) como sendo distúrbio do fluxo de energia que envolve o ser de uma pessoa, que resulta em desarmonia do corpo, mente e/ou espírito. Essa resposta humana não se enquadrava no objeto de estudo desta pesquisa.

A fadiga, quando tem significado patológico, pode estar vinculada a diferentes estados clínicos, como: infecções agudas ou insidiosas, carências nutricionais que podem evoluir para quadros de desnutrição de intensidade e manifestações variadas, presença de neoplasias, descompensação por doenças cardíacas e artropatias. Nesta última situação, a principal queixa pode ser a fadiga, como sensação subjetiva conseqüente da dificuldade de mobilizar as articulações atingidas (eventualmente esta sensação pode sobrepujar a dor, que o paciente, por vezes, não refere). Este sintoma pode surgir também na insuficiência respiratória; nas enfermidades neuromusculares, como, por exemplo: miopatias e miastenia; nos desequilíbrios hidroeletrólíticos, como desidratação, alterações iônicas diversas, alcalose ou acidose; na insuficiência renal; em doenças endocrinológicas, como: diabetes mellitus, hipotireoidismo, insuficiência supra-renal etc. Não se pode esquecer as razões de ordem psicológica, em particular os quadros depressivos, orgânicos ou reacionais, aos quais o idoso é particularmente sujeito. Fadiga não deve ser confundida com depressão, em termos de diagnóstico (PY, 1999, KUEBLER; BERRY; HEIDRICH, 2002).

Deve-se estar atento porque a fadiga pode ser indicativo de uma doença psíquica. Deve-se também suspeitar da fadiga, quando não se relaciona à atividade

física ou o indivíduo já acorda cansado, indisposto, deprimido e até a melhora, durante o dia (KUEBLER; BERRY; HEIDRICH, 2002).

Classe 4– as respostas cardiovasculares/pulmonares, correspondem aos mecanismos cardiopulmonares que dão suporte à atividade/repouso (NANDA, 2006). Os diagnósticos aprovados são: débito cardíaco diminuído; padrão respiratório ineficaz; intolerância à atividade; risco de intolerância à atividade e perfusão tissular ineficaz.

O idoso que apresenta alterações no sistema cardiovascular desenvolve processos mórbidos como: doenças arterial e coronariana. Ocorre perda da elasticidade da aorta, o que leva a dilatação. As artérias coronarianas se tornam espessas e rígidas, aumentando a probabilidade de doença arterial coronariana e hipertensão. O músculo cardíaco também sofre alterações com o envelhecimento, originando menor contratilidade e dilatação das cavidades cardíacas. O sistema de condução perde as células - marcapasso, e, assim, podem surgir anormalidades. As válvulas cardíacas se espessam e se tornam calcificadas, causando um sopro sistólico de ejeção. As doenças cardiovasculares comuns, nos idosos, são: a doença artéria coronária, hipertensão, doença valvar, disritmias e síncope (BLACK; JACOBS, 1996).

Os sopros sistólicos aórticos são evidentes, nos idosos. Esse tipo de sopro é auscultado em aproximadamente um terço dessa população. O envelhecimento espessa a base das cúspides aórticas com tecido fibroso. Com isso, ocorre a calcificação que origina vibrações audíveis. A valva mitral é afetada pelo envelhecimento. A aorta e os grandes vasos ficam rígidos à medida que se tornam ateroscleróticos. Como a aorta fica menos distendível, o volume de ejeção acarreta uma elevação maior da pressão sistólica. Então, origina-se a hipertensão sistólica,

com ampliação da pressão do pulso. As artérias periféricas tendem a alongar-se, tornando-se tortuosas, e ficam mais duras e menos elásticas à palpação. Entretanto, tais alterações não indicam necessariamente aterosclerose. Com esses achados, não é possível fazer inferências a doenças, nos vasos cerebrais ou coronarianos (BATES; BICKLEY; HOCKELMAN, 2001). Lakatta (1990) afirma que o desempenho normal do coração, do idoso, como bomba (débito cardíaco) em presença de rigidez arterial aumentada é conseguida por alguns mecanismos de adaptação: moderada hipertrofia ventricular esquerda, sístole prolongada, aumento do átrio esquerdo e contribuição atrial ao enchimento ventricular. Liberman e Freitas (2005) referem que a função cardiovascular global, na maioria dos idosos saudáveis, é adequada para satisfazer as necessidades corpóreas de pressão e fluxo, em repouso. A frequência cardíaca, em repouso, não se altera com a idade, porém a pressão arterial sistólica aumenta moderadamente (140x90mmHg), permanecendo dentro dos limites normais para a faixa etária (V DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

Apesar dos estudos epidemiológicos demonstrarem dislipidemia, diabetes, vida sedentária e fatores genéticos como os principais fatores de risco para as doenças coronarianas como: hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral (AVC), a idade é configurada como o principal fator de risco cardiovascular (LIBERMAN; FREITAS, 2005).

À medida que as pessoas envelhecem sua capacidade de exercício diminui. A parede torácica torna-se mais rígida, sendo mais difícil deslocá-la. Os músculos respiratórios ficam mais fracos e os pulmões perdem a capacidade de retração elástica. A velocidade da expiração, com o esforço máximo, diminui paulatinamente. As alterações esqueléticas podem acentuar a curvatura dorsal da coluna torácica e

produzir cifose, com um aumento no diâmetro ântero–posterior do tórax. Entretanto, o tórax em tonel resultante tem pouco efeito sobre a função respiratória (BATES; BICKLEY; HOCKELMAN, 2001).

Ventilação faz parte da mecânica da respiração. É a movimentação de ar para dentro e fora dos pulmões. Três forças estão envolvidas no processo de ventilação: a propriedade de distensão elástica do pulmão e do tórax (parede torácica); a resistência das vias aéreas e os esforços musculares da musculatura respiratória. Os pulmões são estruturas elásticas que tendem a se retraírem até que atinjam o volume discretamente inferior ao volume residual (volume que permanece nos pulmões, seguindo-se a expiração máxima) (BLACK; JACOBS, 1996).

A dispnéia é um dos sintomas mais comuns apresentados pelos pacientes com enfermidades pulmonares e cardíacas, sendo uma das causas do padrão respiratório ineficaz. Em consequência da: dor, sudorese, tontura, tosse, aperto no peito. Dentre as afecções, não respiratórias, que podem causar dispnéia estão: cardiopatia, anemia, obesidade, exercício excessivo, febre, acidose metabólica (BLACK; JACOBS, 1996).

Classe 5 – autocuidado é a capacidade de participar de atividades para cuidar do seu próprio corpo (NANDA, 2006). Os diagnósticos identificados são: déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se; no autocuidado para higiene/banho; no autocuidado para alimentação e déficit no autocuidado para higiene. Duarte, Lebrão e Lima-Costa (2005) no Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento, na América Latina e Caribe, mostraram o desempenho funcional, as demandas assistenciais e os arranjos familiares dos idosos, do Município de São Paulo. Dos entrevistados, 19,2% apresentaram limitações funcionais nas atividades básicas e 26,5% nas instrumentais, com maior proporção entre mulheres de idade avançada. A proporção

de idosos, com limitações, que receberam ajuda nas atividades básicas variou de 25,6% (para deitar e levantar da cama) a 70,5% (para comer); e nas instrumentais de 79,7% (para a execução de tarefas domésticas leves) a 97,8% (para comprar alimentos). Quanto aos arranjos familiares, a maioria dos idosos morava com o cônjuge e filhos ou apenas com os filhos (32,1%) e somente com o cônjuge (20,0%). O arranjo domiciliar em idosos com limitação funcional recebia ajuda (56,4%) foi aquele no qual o idoso residia também com não-familiares. Os autores concluíram que os idosos, com limitações funcionais, não são assistidos, suficientemente, pela família ou co-residentes, e as políticas públicas não suprem esse déficit assistencial.

O comprometimento na independência para realizar as AVD, antes dos 70 anos, revela um envelhecimento mal sucedido, provavelmente devido às condições sociais e econômicas adversas, que influenciaram negativamente no estado de saúde (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006).

Mesmo no envelhecimento saudável, a partir dos 80 anos se espera algum grau de comprometimento fisiológico na capacidade de realização das atividades de vida diária. A intensidade e a frequência deste comprometimento são muito variadas, dependendo das condições gerais de saúde, ao longo da vida, e do modo de vida das pessoas em cada contexto sócio-econômico-histórico-cultural (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006).

### **3.2.5 - Percepção e Cognição**

Este domínio trata do sistema de processamento de informações. Inclui as classes: atenção, orientação, sensação, percepção, cognição e comunicação.

Classe 1 - atenção – é conceituada como: “disposição mental para tomar conhecimento ou observar”. O diagnóstico aprovado é negligência unilateral, que de acordo com a (NANDA, 2006, p.164) é a falta de consciência e atenção, em relação a um lado do corpo.

Classe 2 - orientação – é consciência do tempo, lugar e pessoa. diagnósticos aprovados: síndrome da interpretação ambiental prejudicada e perambulação. A primeira de acordo com a (NANDA, 2006, p.144) “é a consistente falta de orientação para pessoas, lugar, tempo ou circunstância por mais de 3 a 6 meses, necessitando de um ambiente protetor”.

Classe 3 - sensação /percepção – corresponde a “receber informações pelos sentidos do tato, paladar, olfato, visão, audição e cinestesia. A compreensão dos dados provenientes, desses sentidos, resulta em nomear, associar e/ou reconhecer padrões” (NANDA, 2006, p.265.). Diagnóstico aprovado: percepção sensorial perturbada que, de acordo com a (NANDA, 2006, p.188), é a “mudança na qualidade ou no padrão dos estímulos que estão sendo recebidos, acompanhados por respostas diminuídas, exageradas, distorcidas ou prejudicadas”.

Classe 4: cognição – é o “uso da memória, aprendizagem, pensamento, resolução de problemas, abstração, julgamento, discernimento, capacidade intelectual, cálculos e linguagem” (NANDA, 2006, p.265). Os diagnósticos aprovados são: conhecimento deficiente; disposição para conhecimento aumentado; confusão aguda; confusão crônica; memória prejudicada e processos para pensamentos perturbados.

O sistema nervoso central possui uma rede neural com células altamente especializadas que fazem milhares de sinapses, a todo o momento, e determinam a sensibilidade e as ações motoras, traduzindo-as em comportamentos. Construimos

nosso conhecimento do mundo com a visão, o som, o tato, a dor, o gosto e a sensação dos movimentos do corpo. Os sistemas sensoriais realizam a tarefa de manter o cérebro constantemente informado acerca do mundo externo (RIBEIRO, 2005).

Talvez uma das primeiras alterações, no idoso, ocorra na visão, devido à menor capacidade de resposta do olho à luz. Devido ao enrijecimento da camada ciliar, pela pouca elasticidade da pupila, e menor poder de acomodação do cristalino ocorre uma dificuldade em enxergar ou visualizar de perto objetos mais próximos até 33 centímetros. A presbiopia, proveniente do envelhecimento orgânico, desenvolve-se a partir dos 40 e 50 anos de idade. Existem, também, outras alterações visuais que surgem na terceira idade e não fazem parte do processo de envelhecimento normal, sendo, portanto, de origem patológica como: catarata, degeneração muscular ótica, retinopatia diabética e glaucoma. A percepção e integração da fala, com a diminuição ou perda da visão, ficam altamente prejudicadas, em suas performances, devido à falta de informação das expressões faciais e labiais do falante. O idoso limitado em sua capacidade visual é também um ser limitado no universo da comunicação. Sua autonomia e relação com a sociedade são restritas praticamente aos membros da família ou da instituição onde se encontra interno. O indivíduo com visão restrita, com o passar do tempo, pode tornar-se depressivo, pouco falante, com voz fraca e quase sussurrada, perdendo a noção da projeção de sua voz no ambiente, no espaço e com seu interlocutor, pela falta de orientação de direção e distância (BRITO FILHO, 1999). Daí a importância do planejamento dos cuidados de enfermagem continuados.

O termo presbiacusia é derivado do grego “presby” que significa velho, e “akousis” que significa audição. A perda auditiva, na terceira idade, é resultado do

envelhecimento biológico, que acarreta mudanças físicas no organismo e suas funções. As mudanças no comportamento, frustrações e o isolamento são reflexos do envelhecimento psicológico ocasionado pela dificuldade de comunicação devido à surdez. Esta patologia, também, traz como consequência o envelhecimento social, pois o indivíduo acaba se distanciando da sociedade, isolando-se do meio em que vive o que, gradativamente, dificulta o convívio social em decorrência do comprometimento auditivo, e, conseqüente, dificuldade em manter a conversação em níveis normais de audição, e envelhecimento psicológico e biológico (KIELING, 1999).

Katz (1989) acredita que, o termo presbiacusia se refere a uma alteração auditiva que acompanha o processo de envelhecimento, traduzindo a idéia simplista de que a audição diminui com a idade. Caracteriza-se pela perda auditiva neurosensorial simétrica e bilateral que compromete as freqüências agudas cuja origem não se pode explicar de outra forma, a não ser pelo envelhecimento. Relata, ainda, que as alterações sistemáticas originadas pelo avanço da idade podem ocorrer em todo o sistema auditivo, desde a orelha média até às vias auditivas, incluindo o córtex.

Hull (1992), ao descrever a presbiacusia, relatou que de todas as deficiências desencadeadas pelo envelhecimento a inabilidade para se comunicar com o meio, em decorrência de uma deficiência auditiva, pode ser uma das mais frustrantes e levar a problemas psicossociais.

A sensação do paladar é experimentada durante a estimulação dos quimiorreceptores orais, e inclui a estimulação de células receptoras especializadas dos botões ou corpúsculos gustativos, que são os órgãos específicos para recepção dos estímulos (o órgão do gosto) e terminações nervosas livres na cavidade bucal. A

disfunção da percepção gustativa constitui um problema significativo, na saúde do idoso, pois podem afetar a saúde não somente pelos efeitos diretos sobre a ingestão de alimentos líquidos ou sólidos, mas, também, devido à privação de um dos grandes prazeres da vida. A maioria dos botões gustativos está localizado na superfície da língua, e também se distribuem no palato mole, no palato duro, na mucosa da epiglote, na laringe, nas mucosas da faringe, dos lábios e das bochechas e, em algumas pessoas, na porção inferior da língua e no assoalho da boca. Reconhecem-se quatro paladares básicos da gustação: salgado, ácido ou acre, doce e amargo (ROACH, 2003).

O número de botões gustativos e aproximadamente 245 por papila gustativa circunvalada, é notadamente constante do nascimento aos 20 anos de idade. Durante a maturidade até o início da velhice, esta média decai para 208 botões, uma proporção relativamente insignificante. Porém, no extremo da idade adulta, 70-85 anos, a média cai drasticamente para cerca de 88 botões, por papila. Porém, apenas este dado, não é suficiente para dizer que a percepção do sentido gustativo, na pessoa idosa, será sensivelmente prejudicada. A má higiene bucal pode determinar considerável diminuição da percepção gustativa, devido a fragmentos e restos de alimentos sobre os corpúsculos gustativos, dificultando, assim, a estimulação dos quimiorreceptores orais. O paladar sofre influência de alguns medicamentos como: antibióticos, antibacterianos e agentes antidiabéticos (DORMENVAL; MOJON; BUDTTZ-JORJENSSEN, 1999).

A taxa de fluxo salivar naturalmente diminuída nas células acinosas (responsáveis pela fabricação da saliva), na terceira idade, não traz nenhum efeito significativo, em pessoas idosas saudáveis. Porém, uma série de fatores associados pode diminuir significativamente o fluxo salivar, provocando um processo de

xerostomia. Embora a hipofunção salivar não seja uma simples seqüela do envelhecer, ela está associada a várias condições, comumente, observada nos idosos. Assim, glândulas salivares de pessoas mais velhas devem ser vistas como funcionalmente adequadas, mas vulneráveis a injúrias externas. Na presença de influências exógenas negativas tais como: drogas antidepressivas, anti-hipertensivos, terapias antineoplásicas (radioterapia e quimioterapia), bem como doenças auto-imunes, tornam as glândulas secretórias salivares incapazes de funcionarem satisfatoriamente com conseqüências imediatas na percepção gustativa, assim como uma série de problemas como: cáries desenfreadas, candidíase, friabilidade mucosal, disfagia, entre outros, que, direta ou indiretamente, acabam por alterar também esta sensibilidade. Outros problemas que afetam, de forma adversa, o paladar, são os anos fumando cigarros, mau estado dos dentes ou higiene oral precária (ROACH, 2003).

A sensibilidade olfativa também diminui com a idade, havendo perda moderada de neurônios. As terminações nervosas detectam os odores inalados na corrente de ar, e passam essas sensações para o nervo olfativo e em seguida para o cérebro. Uma menor percepção dos odores relaciona-se à má saúde geral, desnutrição e doenças diversas (ROACH, 2003).

Com o envelhecimento há diminuição da sensibilidade do tato, incluindo calor, frio e ferimentos. Se esse comprometimento é significativo pode-se prever o risco de acidentes. Os sentidos somáticos podem ser divididos em três componentes principais: a mecanorrecepção inclui as sensações (proprioceptivas) tanto do tato quanto de posição. A termorrecepção detecta aumentos ou diminuições da temperatura. A nocicepção detecta lesão tecidual ou liberação de moléculas específicas mediadoras da dor. As modalidades sensoriais conduzidas pelos

sistemas sensoriais incluem: o tato discriminativo (precisamente localizado), o tato grosseiro (mal localizado), a pressão, a vibração e os sentidos da posição estática e do movimento do corpo, que são chamados, coletivamente, propriocepção. As sensações se originam a partir de estimulação das estruturas da superfície do corpo, tais como: a pele e os tecidos subcutâneos. Apesar da pressão, a vibração e o tato serem classificados como sensações separadas e distintas, elas são detectadas pela mesma classe de receptores táteis (BATES; BICKLEY; HOCKELMAN, 2001).

O sentido do tato também abrange a percepção de vibração e dor. A pele, os músculos, os tendões, as articulações e os órgãos internos possuem receptores que detectam o contato, a temperatura e a dor. O cérebro interpreta o tipo e a quantidade de sensação do tato. Medicamentos, cirurgia cerebral, problemas cerebrais, confusão, entre outras situações, podem mascarar essas interpretações sem alterar a percepção da sensação. Com o envelhecimento, a pessoa pode apresentar redução ou alterações nas sensações de dor, vibração, frio, calor, pressão e tato. É difícil dizer se tais alterações estão relacionadas com o envelhecimento, propriamente, ou com os distúrbios patológicos decorrentes da idade avançada. É possível que algumas das alterações fisiológicas do envelhecimento sejam produzidas pela diminuição do fluxo sanguíneo nos receptores do tato, no cérebro e na medula espinal. Outra causa possível pode ser atribuída a deficiências menores na dieta, tais como: a redução dos níveis de tiamina (BEAR, 2002).

A redução da capacidade de detectar vibração, contato e pressão também aumentam o risco de lesões, incluindo úlceras causadas por pressão. Após os 50 anos, muitas pessoas apresentam redução de sensibilidade à dor. É possível que surjam problemas, também, com o caminhar devido à reduzida percepção da

localização do corpo, em relação ao solo. Pode, igualmente, ocorrer diminuição do tato fino. Entretanto, algumas pessoas apresentam aumento de sensibilidade ao tato discriminatório, pois a pele se torna mais fina, especialmente, acima dos 70 anos (BATES; BICKLEY; HOCKELMAN, 2001).

Durante o processo de envelhecimento, o cérebro apresenta-se atrófico, as circunvoluções são mais finas, os sulcos alargados e os ventrículos dilatados. Ocorre perda neuronal e há presença de placas senis e degeneração neurofibrilar, em pequena quantidade. Esse processo pode vir acompanhado de declínio de algumas habilidades intelectuais, e em alguns casos, essa deterioração evolui para demência (LEVY; MENDONÇA, 2000).

Almeida (1998) avaliou as habilidades intelectuais dos Idosos, do Ambulatório de Saúde Mental da Santa Casa de São Paulo, e constatou que as queixas de dificuldades, com a memória, são freqüentes, todavia possuem baixa especificidade e valor preditivo, para o diagnóstico de demência. Esse tipo de dificuldade deve ser considerado, pois cerca de 3/4 dos portadores de demências relatam problemas com a memória, e pacientes, assim, tendem à ansiedade e depressão, sugerindo investigação e tratamento dos sintomas relatados. A demência pode afetar outras habilidades intelectuais do idoso como a comunicação.

Classe 5 - trata da comunicação, ou seja, "enviar e receber informações verbais e não-verbais" (NANDA, 2006, p.265). Os diagnósticos aprovados são: comunicação verbal prejudicada e disposição para comunicação aumentada.

As alterações sociais, fisiológicas e psicológicas ocorridas no envelhecimento, principalmente, a acuidade auditiva diminuída, interferem no entendimento da mensagem, ocasionando, irritação e mal-entendimento, e rotulação da pessoa como confusa, desatenta, pouco cooperativa e caduca. A diminuição ou perda da visão

prejudica a comunicação, pois é um componente importante na interação com os outros e o mundo. A falta de dentes, a ausência ou má adaptação da dentadura são outros fatores que dificultam as emissões de mensagens. A fala sofre alterações com o avançar da idade, torna-se mais grave (rouca), mais fraca e mais lenta.

Para o idoso, a memória é fator importante na comunicação. A perda de familiares e amigos e a substituição do trabalho pela aposentadoria, com diminuição do salário, levam-no, muitas vezes, a estados de depressão, nervosismo, ansiedade e depreciação do valor pessoal, evidenciados em atitudes de desinteresse, apatia e isolamento, prejudicando, a condição de vida e a comunicação (RODRIGUES; DIOGO, 1996). O profissional deve estar atento a queixa de falta de memória pelo idoso, de forma a prevenir o declínio cognitivo patológico e conseqüentemente a demência.

### **3.2.6 – Autopercepção**

Esse domínio trata da “consciência de si mesmo” (NANDA, 2006, p.265) Nele estão inseridas três classes.

Classe 1 - autoconceito – conceituado como: “a(s) percepção(ões) quanto ao eu total” (NANDA, 2006, p.265) Diagnósticos aprovados potencialmente encontrados em idosos: distúrbio da identidade pessoal; sentimento de impotência; risco de sentimento de impotência; desesperança; risco de solidão; disposição para autoconceito melhorado (NANDA, 2006).

Freud, em seus estudos, caracterizou a identidade como: algo formado, ao longo do tempo, por meio de processos inconscientes, e não algo inato, existente na consciência, no momento do nascimento. Existe sempre algo imaginário ou

fantasioso sobre sua unidade. Ela permanece incompleta, está sempre em processo, sempre sendo formada. A construção da identidade é instável, principalmente, nesse período de pós-modernidade, num mundo em que a globalização, transformações sociais, culturais, econômicas, sexuais estão altamente presentes, novos valores surgem a todo o momento, sempre em busca de interesses individuais, contribuindo para constantes mudanças na identidade pessoal (HALL, 2005).

Ao investigar situações adversas e favoráveis, vivenciadas por pessoas idosas, Trentini et al., (2005) concluíram que as perdas de familiares foram consideradas as situações mais difíceis de enfrentamento, seguidas pelas condições crônicas de saúde e os sinais de envelhecimento, sendo que os idosos utilizaram o enfrentamento focalizado na emoção e no problema.

White e Roberts (1993) conceituaram a impotência como a perda de controle pessoal. Apresenta quatro dimensões: fisiológica, cognitiva, ambiental e decisional. A perda de controle fisiológico refere-se aos sintomas físicos que, muitas vezes, impõem as pessoas limites sem controle. A perda de controle cognitivo ocorre quando o paciente não consegue compreender as sensações físicas que experimenta; as interpretações e as conclusões a que chega, a partir das informações obtidas pelos sentidos. A perda de controle ambiental é caracterizada pela falta de percepção e controle do espaço físico, considerado seu território. Se a percepção for por imposição de outros por qualquer razão, o paciente pode sentir-se impotente e incapaz de explorar o meio ou mudá-lo. A perda de controle decisional ocorre quando a pessoa não tem poder para tomar decisões sobre si e seu cuidado. Cada pessoa tende a manter o controle sobre os eventos, em sua vida. A necessidade de controle pessoal não termina quando o paciente é hospitalizado; em

vez disso, a necessidade pessoal de controle usualmente é intensificada em situações de dependência de cuidados. Por isso sentimentos de impotência devem ser identificados e corrigidos ainda no ambiente hospitalar.

O ser humano teme as perdas, pois, normalmente, trazem sofrimento, e muitas vezes geram expectativas de abandono. O aprisionamento, nessa situação, o fragiliza e o coloca numa condição de dependência, de inutilidade e de aniquilamento. Para muitos, a perda maior é a morte, visto que ela impõe uma ruptura com tudo o que se ama (HERÉDIA et al., 2005).

O autoconceito é o conjunto de pensamentos e sentimentos do indivíduo sobre ele próprio. “Os componentes do autoconceito incluem: o “eu” físico (auto-imagem), o “eu” funcional (desempenho de papéis), o “eu” pessoal (eu moral; eu ideal; expectativas sobre si mesmo) e a auto-estima (MILLER, 1992).

O abandono se dá mais, facilmente, na velhice, quando o idoso não pode trabalhar. Perder o status de trabalhador é perder a consideração: aquele que não produz, não tem valor e perde o seu papel e se vê numa situação de dependência financeira, muitas vezes, suprida pelos filhos ou familiares mais próximos. Por isso pode ser excluído da família, desvalorizado, tratado com desrespeito e viver na solidão (HERÉDIA et al., 2005).

De acordo com (NANDA, 2006, p. 127) sentimento de impotência é: “a percepção de que uma ação própria não afetará significativamente um resultado; falta de controle percebido sobre uma situação atual ou acontecimento imediato”. Enquanto que, o diagnóstico de risco de sentimento de impotência é definido como: “estar em risco de falta de controle percebido, sobre uma situação e/ou capacidade de uma pessoa, de afetar significativamente um resultado” (NANDA, 2006, p.129).

O diagnóstico de impotência é uma resposta psicossocial, centrada em processos de manifestações comportamentais, cognitivas e emocionais e, talvez por isso mesmo, raramente identificado. As respostas psicossociais parecem ser muito freqüentes nos pacientes mas constituem sem dúvida grande desafio à enfermagem. O foco da enfermagem, ainda, está fortemente centrado na área física, sendo visto como um erro, é um descompasso entre o discurso e a prática. O primeiro prega uma assistência integral, que inclui aspectos sociais, psicobiológicos e espirituais, mas a prática está centrada no biológico, nos diagnósticos médicos e na tecnologia (MILLER, 1992; MARIA, 1997).

Classe 2- destaca a auto-estima, ou seja, a “avaliação quanto ao próprio valor, capacidade, importância e sucesso” (NANDA, 2006, p. 266). Diagnósticos aprovados: baixa auto-estima crônica; baixa auto-estima situacional e risco de baixa auto-estima situacional.

Branden (2001) afirma que, a auto-estima é o sentimento de amor-próprio, ou seja, o quanto nos amamos, nos valorizamos, nos aceitamos com nossas limitações, erros e acertos, qualidades e defeitos, enfim, a opinião que temos de nós mesmos, valorizando e satisfazendo nossas vontades. Isto representa a avaliação positiva ou negativa que cada um faz de si mesmo, e não o que os outros pensam sobre nós. Isto contribui fundamentalmente para o desenvolvimento saudável do ser humano e da auto-estima.

A auto-estima inicia-se nos primeiros anos de vida, na relação com a família, e as primeiras experiências de autovalorização durante o desenvolvimento da criança. Na infância, o indivíduo assimila conceitos que irão contribuir na construção de sua auto-estima, e todos os conflitos psicossociais, desajustes, preconceitos e convicções, certas e erradas, ocorridas na infância, possivelmente se estenderão

pela vida, influenciando diretamente na auto-estima, de forma positiva ou negativa (OKUMA, 1998). A atividade física pode contribuir para a aquisição da auto-estima em todas as fases, trazendo benefícios desde a disposição até a sensação de bem-estar.

A baixa auto-estima é freqüente nos idosos. É determinada por diversos fatores, como: saúde, situação sócioeconômica, nível de interação social e situação marital. Inquéritos realizados, junto a pessoas idosas, demonstraram que elas têm geralmente uma percepção positiva de si próprias, definindo os papéis capazes de desempenharem. As pessoas que se vêem negativamente são pessimistas, acham-se incapazes de tomar decisões, têm falta de confiança em si e se desvalorizam, não aceitam envelhecer, são frustradas e mais vulneráveis a se desencorajarem, isolando-se e possuindo dificuldades para se expressarem e se defenderem (BERGER; POIRIER, 1995).

Classe 3 - imagem corporal – é conceituada pela (NANDA, 2006, p. 266) como: “a imagem mental que se tem do próprio corpo”. Diagnóstico aprovado: distúrbio na imagem corporal.

A imagem corporal é um processo contínuo de construção e desconstrução, formado sobre o esquema corporal, sendo, portanto, o conceito e a vivência experiências adquiridas, importantes para análise. Toda a experiência vem carregada de significados afetivos e emocionais que determinam o corpo motor e o estado psíquico, revelando, assim, a relevância da atenção e da intervenção na imagem corporal do paciente, no momento do adoecimento, em virtude de sua atuação no processo e na busca da cura, sendo influenciado também pela relação médico-paciente (BRANDÃO et al., 2004).

No Brasil, pesquisas mostram como os próprios idosos simplificam o envelhecimento humano, exclusivamente, a partir das perdas, representando o processo com predisposições desfavoráveis, estereótipos negativos e preconceitos.

Veloz, Nascimento-Shulze e Camargo (1999) encontraram representações sobre os idosos, na cidade de Florianópolis, caracterizadas por conteúdos como: uma representação doméstica e feminina onde a perda dos laços familiares é central, outra tipicamente masculina apoiando-se na noção de atividade, caracterizando o envelhecimento como perda do ritmo de trabalho e a última mais utilitarista, mostrando o envelhecimento como desgaste da máquina humana. Os pesquisadores referem à complexidade da compreensão do envelhecimento, por parte de pessoas idosas ou próximas dessa condição, o que pode ser um sinal importante para os profissionais que atuam em programas gerontológicos.

### **3.2.7 – Relacionamento de papel**

O relacionamento de papel refere-se “às conexões ou associações positivas ou negativas, entre pessoas ou grupos de pessoas e os meios pelos quais são demonstradas” (NANDA, 2006, p.266). Este domínio inclui três classes, que tratam dos papéis de cuidador; das relações familiares e do desempenho de papel.

Classe1- Os papéis de cuidador discorrem sobre “os padrões de comportamento socialmente esperados de pessoas, que estão provendo cuidados, e não são profissionais de saúde” (NANDA, 2006, p.266). Os diagnósticos aprovados são: tensão no papel de cuidador; risco de tensão do papel de cuidador; paternidade

ou maternidade prejudicada; risco de maternidade ou paternidade prejudicada e disposição para paternidade/maternidade melhorada.

A dinâmica da atividade de cuidar, no domicílio, pode gerar uma ambigüidade identificada pelo bem-estar e pela tensão entre os familiares. O bem-estar é gerado nas situações em que os recursos familiares atendem à demanda de cuidados (FINK, 1995). Por outro lado, quando esses recursos são insuficientes, a demanda da própria família pode desencadear tensão no contexto familiar, pelo aumento dos conflitos entre os seus membros, pela falta de resolução dos problemas e pelas tarefas não concluídas (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005).

A maioria dos estudos, na literatura, vincula o papel do cuidador ao ônus e ao estresse. Destacam-se os seguintes fatores estressantes, relatados por cuidadores de idosos: 1. Os cuidados diretos, contínuos, intensos e a necessidade de vigilância constante; 2. O desconhecimento ou a falta de informações para o desempenho do cuidado; 3. A sobrecarga de trabalho para um único cuidador, especialmente, os problemas de saúde desencadeados pela idade avançada do cuidador; 4. A exacerbação ou o afloramento de conflitos familiares, vinculados ao trabalho solitário do cuidador (sem ajuda) e ao não reconhecimento, por parte dos demais familiares; 5. A dificuldade para adaptar as demandas da situação de cuidado aos recursos disponíveis, incluindo os recursos financeiros, a redução das atividades sociais e profissionais, o abandono das atividades de lazer, entre outros (GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2000).

Classe 2- relações familiares- isto é, “as associações de pessoas que são biologicamente relacionadas ou relacionadas por escolhas” (NANDA, 2006, p.266), foram aprovados os seguintes diagnósticos: processos familiares interrompidos;

disposição para processos familiares melhorados; processos familiares disfuncionais: alcoolismo; risco do vínculo pais/filhos prejudicado.

Famílias são instituições com várias características, dentre elas: laços de parentesco e normas de relacionamento que determinam direitos e obrigações, podendo variar em composição e organização. Em função de como são estabelecidas na sociedade, as normas de convivência podem manter fortemente relacionados parentes de gerações distantes ou ainda limitar a relação mais intensa aos parentes próximos. Essa relação consiste, dentre outras coisas, de uma divisão de trabalho e recursos entre os membros da família (MEDEIROS; OSÓRIO; VARELLA, 2002).

Em todo o mundo, a rede de apoio informal composta pela família, amigos e voluntários é a fonte primária de assistência aos idosos. Nos Estados Unidos, calcula-se que pelo menos 80% dos idosos recebem ajuda das famílias, embora não de modo exclusivo. Estima-se que, para cada idoso de alta dependência institucionalizado há dois nas mesmas condições sendo cuidados, em família. No Canadá, a cifra de idosos que contam com apoio da família atinge 94,0%. Cerca de um quinto dos idosos, dos países desenvolvidos, recebem cuidados formais de natureza médica e social. Porém, apenas, um terço desses cuidados são fornecidos nas instituições. É sinal que a manutenção dos idosos na comunidade e nas suas casas, ainda, predomina (NERI, 2002).

Na ampliação das responsabilidades familiares, o cuidado com os idosos recai, em geral, sobre cônjuges, filhas e noras. Todos esperam, inicialmente, que o papel de cuidador seja assumido pelo membro do casal que esteja em melhores condições físicas ou exerça atividade econômica menos produtiva ou não exerça atividade econômica; em segundo lugar pelas filhas e noras. Há um contrato velado nas sociedades, conferindo às mulheres o dever de cuidar dos parentes idosos, talvez

pelo fato, até bem pouco tempo, da mulher se ocupar apenas das atividades domésticas e dos cuidados com a prole. Com as mudanças econômicas, sociais e a presença, cada vez maior, das mulheres na força de trabalho, torna-se mais difícil as novas gerações femininas assumirem os cuidados de seus idosos. É sabido que, existe uma relação inversamente proporcional entre a presença, no mercado de trabalho, do cuidador e a intensidade de atenção requerida pelo idoso. Quanto maior necessidade de cuidados menor será a participação do cuidador, no mercado de trabalho (REIS, 2005).

Freqüentemente os familiares sentem-se limitados e os sentimentos de desespero, raiva e frustração alternam-se com a culpa de não estarem fazendo o bastante, por um parente amado. A rotina doméstica altera-se completamente. Geralmente, há uma perda da atividade social da família. Muitos amigos não entendem as mudanças ocorridas, com a pessoa que têm demência, e se afastam. O aumento da despesa, também, é fator preocupante para a família (CALDAS, 2000). Essas mudanças podem ser transitórias estando presentes quando o idoso necessita de ser hospitalizado, por isso a assistência ao idoso deve ser realizada de forma planejada com a presença dos familiares.

Classe 3- refere-se ao desempenho de papel que é a “qualidade de estar funcionando em padrões de comportamentos socialmente esperados” (NANDA, 2006, p.266). Os possíveis diagnósticos são: desempenho de papel ineficaz; conflito no desempenho de papel de pai/mãe; interação social prejudicada.

A experiência subjetiva do envelhecimento é amplamente influenciada pela ideologia cultural. A vivência é marcada pela inevitabilidade das modificações corporais e competências físicas, e dos recursos cognitivos e adaptativos, pelas alterações de papéis e da posição nas hierarquias sociais, assim como pelo impacto

negativo de atitudes e estereótipos relativos ao envelhecimento (VASCONCELLOS et al., 2004).

No que se refere ao diagnóstico desempenho de papel ineficaz, podemos afirmar que na velhice ocorrem transições que podem favorecer o idoso ou dificultar seu engajamento satisfatório, no ambiente social. O impacto desses eventos depende de sua história, de sua personalidade, da manutenção dos contatos com filhos, netos, outros familiares e amigos. Esse processo fica mais complicado, quando há desânimo e sentimento de perdas reais. Então, o idoso necessitará de tempo para redimensionar seus valores, objetivos e encontrar uma nova direção de energias, para não ser surpreendido com o isolamento social, aposentadoria e solidão (NASCIMENTO; CRUZ, 2007).

Nascimento e Cruz (2007) afirmam que aposentar pode ser visto como a liberdade de um trabalho pesado ou autonomia, porque reduz a necessidade de apoio da família, da comunidade e dos serviços de saúde. Por outro lado, pode significar estresse adicional. Aposentar significa perder: o papel de provedor familiar, de trabalhador, a produtividade, os relacionamentos que foram significativos por toda a vida adulta e sobreviver com rendimentos reduzidos.

Todos os membros familiares acabam desempenhando tarefas, assumindo papéis para que o sistema familiar funcione. Dentre tantos papéis importantes dois são evidentes: o prover e o cuidar, os quais devem ser constantemente negociados para que a família funcione. Esse funcionamento nem sempre é harmônico, o que pode contribuir para o surgimento de doenças nos diferentes membros familiares, em especial nos idosos, quando aos poucos perdem funções previamente definidas, ocasionando, nestes indivíduos, conflitos no desempenho de papel e interação social prejudicada (BRASIL, 2006 a). Essa interação pode corroborar as reações

favoráveis das famílias frente à doença, pois, quando a família responde de forma adequada e positiva às mudanças impostas pela doença, pode ocorrer a absorção do impacto, diminuindo seus efeitos deletérios. Nessas circunstâncias, os familiares passam a colaborar com o indivíduo doente para que enfrente as mudanças ocorridas na sua rotina de vida, bem como as limitações advindas do próprio estado de saúde. Contrariamente, quando as famílias respondem de forma inadequada, pode surgir a confusão de papéis, ocorrendo atritos e sentimentos de isolamento que podem influir sensivelmente nos processos de ajuda ao indivíduo hospitalizado ou no retorno para a casa. Aliado a esse fato, a extensão e a complexidade de algumas doenças crônicas, progressivas e degenerativas repercutem de forma negativa sobre o cuidador, sendo esse merecedor de atenção especializada dos profissionais e dos serviços de saúde, no que concerne a educação em saúde, pois muitas vezes desconhece as condutas adequadas frente às manifestações das doenças e às exigências de cuidar de um idoso fragilizado (LUZARDO, GORINI, SILVA, 2006).

No processo de alta hospitalar devem-se estimular padrões de funcionamento familiar, que sejam suficientes, para possibilitar o bem-estar dos membros da família, reforçando e garantindo o comportamento de cuidador.

### **3.2.8 – Sexualidade**

O domínio da sexualidade refere-se à identidade sexual, função sexual e reprodução. Fazem parte, desse domínio, as seguintes classes:

Classe 1 - identidade sexual – é definida como “o estado de ser uma pessoa específica em relação à sexualidade e/ou gênero” (NANDA, 2006, p.267). Não há diagnósticos de enfermagem catalogados.

Classe 2- função sexual – é a “capacidade ou habilidade para participar de atividades sexuais” (NANDA, 2006, p.267). Diagnósticos aprovados: disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes.

As alterações da sexualidade resultantes do envelhecimento nos homens são: redução do tamanho do pênis e dos testículos; aumento do tempo refratário após orgasmo; redução da sensibilidade peniana; redução da força de ejaculação, desejo lentificado. Nas mulheres as modificações são: perda da lubrificação vaginal; redução do coxim adiposo sobre a sínfise púbica; mucosa friável em virtude da perda de estrogênios e infertilidade (BLACK; JACOBS, 1996).

Sexualidade refere-se a todos os fenômenos da vida sexual, constituindo uma das várias dimensões do indivíduo, não se limitando, portanto, apenas ao seu potencial para reagir a estímulos eróticos (VIEIRA, 2004).

Existe acentuada modificação na resposta sexual humana com o envelhecimento. É, também, evidente o aumento da incidência dos distúrbios sexuais, como: a queda do status hormonal, deterioração da condição social, sintomas depressivos e relação marital enfraquecida. Além das alterações fisiológicas, ocorrem, igualmente, comorbidades como: diabetes, hipertensão arterial, doença coronariana, demência, depressão, neoplasia e A.V.E., que comprometem a qualidade sexual dos idosos (LOPES; CABRAL, 2004).

Vasconcellos et al., (2004) relatam que as repercussões sobre a sexualidade constituem assunto, particularmente, contaminado por preconceitos. A crença na progressiva e generalizada incompetência, assim como na impotência sexual dos

idosos faz parte intrínseca destes estereótipos. Acuados entre as múltiplas exigências adaptativas que as alterações do envelhecimento comportam, os indivíduos enfrentam dificuldades para preservar a identidade pessoal e a integridade de alguns papéis, sobretudo àqueles relativos à sexualidade, que a sociedade atentamente vigia e sanciona. Tendo interiorizado estes valores culturais, o indivíduo envelhecido pode não ter consciência de recalcar a sexualidade ou simplesmente sentir-se compelido a suprimi-la deliberadamente. Este recalçamento ou supressão evita que enfrente o conflito entre suas pulsões e a norma social, conflito que ataca a sua auto-estima.

A identidade sexual e a percepção individual descrevem o sentido interno da masculinidade e feminilidade. A sociedade tem um papel significativo, no desenvolvimento da identidade sexual. O papel sexual é a expressão da identidade sexual. O papel sexual é uma área da sexualidade que inclui componentes psicológicos, biológicos e socioculturais (BLACK; JACOBS, 1996).

A sexualidade é atividade do ser humano, cujos aspectos devem ser tratados, no processo de promoção da saúde para avaliar e intervir no processo de alta. A enfermeira deve discutir o domínio sem embaraços ou preconceitos, esclarecendo o cliente, tratando as respostas humanas desajustadas, para que não permaneçam no ambiente domiciliar.

Classe 3 - reprodução – é conceituado como: “o processo por meio do qual novos indivíduos (pessoas) são produzidos” (NANDA,2006, p.267). O processo da reprodução pode ser experienciado pelos idosos e em alguns casos pelas idosas, porém a NANDA (2006) não apresenta nenhum diagnóstico de enfermagem nesta classe .

A sexualidade é vista com preconceito, repleta de mitos e tabus, que associados ao envelhecimento geram baixa auto-estima e vergonha. Por isso, o enfermeiro deve adquirir conhecimento sobre o assunto, a fim de criar alternativas, para favorecer a verbalização do paciente, quanto à sexualidade. À medida que o paciente adquire confiança, no enfermeiro, conseguirá expor suas dúvidas, buscando assim soluções, junto com o profissional, o que é imprescindível para a alta hospitalar, auxiliando o paciente a manter comportamento de busca de saúde.

### **3.2.9 - Enfrentamento /Tolerância ao estresse**

O domínio enfrentamento e tolerância ao estresse refere-se o lidar com os eventos/processos da vida. Neste domínio, estão inseridas as seguintes classes:

A Classe 1 - resposta pós-trauma – de acordo com (NANDA, 2006, p.267) são as “reações que ocorrem após traumas físicos ou psicológicos”. Os diagnósticos aprovados, nesta classe, são: síndrome de estresse por mudança; risco de síndrome de estresse por mudança; síndrome de trauma de estupro; síndrome de trauma de estupro: reação silenciosa; síndrome de trauma de estupro: reação composta; síndrome pós-trauma e risco de síndrome pós-trauma.

Síndrome de estresse por mudança e conceituado pela NANDA (2006, p. 113) como “distúrbios fisiológicos e/ou psicossociais decorrentes de mudança de um ambiente para outro, enquanto a resposta de risco de síndrome de estresse por mudança é estar em risco de apresentar o diagnóstico referido.

Síndrome de trauma de estupro é uma resposta de má adaptação sustentada a uma penetração sexual forçada, violenta, contra a vontade e o consentimento da vítima (NANDA, 2006, p. 226).

Síndrome do trauma de estupro: reação silenciosa e reação composta, o primeiro é definido pela NANDA, (2006) como a penetração sexual violenta e forçada contra a vontade e o consentimento da vítima. A síndrome de trauma que se desenvolve a partir desse ataque ou tentativa de ataque inclui uma fase aguda de desorganização do estilo de vida da vítima e um processo a longo prazo de reorganização do estilo de vida. A reação composta se difere da silenciosa pois após a penetração violenta, pode-se apresentar reações fóbicas e ansiosas.

Síndrome pós-trauma "é a resposta mal-adaptada sustentada a um evento traumático, opressivo" (NANDA, 2006, p.229) e o risco de síndrome pós-trauma é estar em risco de apresentar o diagnóstico de síndrome pós-trauma. Todos esses diagnósticos se traduzem em violência contra o idoso, não sendo apresentado somente nesta etapa da vida.

A Classe 2- trata das respostas de enfrentamento – definidas como: "o processo de controlar o estresse ambiental" (NANDA, 2006, p.267). Diagnósticos aprovados: medo; ansiedade; ansiedade relacionada à morte; tristeza crônica; negação ineficaz; sentimento de pesar antecipado; sentimento de pesar disfuncional; adaptação prejudicada; enfrentamento ineficaz; enfrentamento familiar incapacitado; enfrentamento familiar comprometido; enfrentamento defensivo; enfrentamento comunitário ineficaz; disposição para enfrentamento aumentado; disposição para enfrentamento familiar aumentado; disposição para enfrentamento comunitário aumentado e risco de sentimento de pesar disfuncional.

Algumas situações como: perda familiar, condições crônicas de saúde e sinais de envelhecimento podem causar reações estressantes, ao indivíduo. Então, para enfrentar tais situações buscam-se a religiosidade, o trabalho ou a ajuda da família, participação de grupos (TRENTINI et al., 2005).

A pessoa portadora de uma doença crônica grave atribui um significado para sua doença e seu tratamento. Muitas vezes, a doença crônica traz a idéia do fim da vida, acompanhada pelo sentimento de medo e sofrimento. O paciente precisa ser ouvido e acolhido, em seu sofrimento, para auxiliá-lo no enfrentamento do medo da própria morte deflagrado pela doença e/ou terminalidade. No entanto, o homem admite a sua morte como um fato, porém apresenta grande dificuldade em assumi-la. Isto é próprio da natureza humana. Com isso, adota uma postura de autodefesa, diante da morte garantindo ao seu “eu” um significado simples, para o ato de pensar e agir sobre essa etapa da vida (CROSSETTI, 1997; BORGES, 2006). Existem idosos que conseguem lidar com a morte, obtendo enfrentamento adequado para esse evento da vida.

Frumi e Celich, (2006) desvelaram os significado/sentido do envelhecer e da morte, e concluíram que a vontade e o saber, do idoso, são construídos durante sua trajetória de vida. Ele percebe que seus valores e sua história de vida são considerados, valorizados, entendidos e respeitados e sua existência tem um significado. Essas atitudes de consideração, respeito e amor acolhem o idoso, pois existem o reconhecimento de sua singularidade e cidadania.

Classe 3- identifica o estresse neurocomportamental como sendo as “respostas comportamentais que refletem as funções cerebrais e nervosas” (NANDA, 2006, p.267). Diagnósticos aprovados: disreflexia autonômica; risco de disreflexia autonômica e capacidade intracraniana diminuída.

Os demais diagnósticos não se aplicam ao idoso pois são próprios da criança: comportamento infantil desorganizado; risco de comportamento infantil desorganizado e disposição para comportamento infantil organizado aumentado.

O paciente deve ser estimulado, no processo da alta, a manter um padrão de esforços comportamentais e cognitivos para poder lidar com demandas, resoluções de problemas, buscas de alternativas suficientes para o bem-estar, melhorando assim, os estressores atuais e futuros.

### **3.2.10 – Princípios de vida**

De acordo com NANDA (2006, p. 268) princípios de vida são “aqueles, nos quais, são baseados a conduta, o pensamento e o comportamento quanto aos atos, costumes ou instituições, encarados como verdadeiros ou dotados de valor intrínseco”. Neste domínio, há três classes seguintes:

Classe 1: valores – de acordo com (NANDA, 2006, p.268), são definidos como a “identificação e classificação dos modos de conduta ou estados finais preferidos.” Nesta classe não há diagnósticos de enfermagem catalogado pela NANDA (2006)

Segundo Brennan e Brewi (1991) a tarefa para o envelhecimento é a individualização, sendo descrita como um processo de autoconhecimento, auto-aceitação, transcendência do ego, interiorização e integração. O sinal para delimitar o envelhecimento é uma sensação de maior independência, com relação às próprias escolhas, decorrente de menor preocupação com a opinião ou o julgamento externo, evidenciando maior auto-aceitação e maior compreensão das circunstâncias da vida, em geral, tanto no sentido positivo quanto negativo, havendo assim, maior capacidade para lidar com as situações.

Classe 2- crenças são “ opiniões, expectativas ou julgamentos sobre atos, costumes ou instituições, encarados como verdadeiros ou como dotados de valor

intrínseco” (NANDA, 2006, p.268). O único diagnóstico aprovado é a disposição para o bem-estar espiritual aumentado.

A religião se reveste de grande importância para as pessoas idosas, pois não responde apenas às necessidades. Há também um comprometimento social que os permite se afirmarem como indivíduos, estruturar seus horários, e sentirem-se responsáveis, pois participam de atividades importantes. Os idosos praticantes confiam mais, uns nos outros, são mais serenos e felizes, sentem-se úteis e capazes de se adaptarem melhor. Os idosos mantêm a prática religiosa mais tempo do que qualquer outra atividade. Mesmo que esta prática tenha cessado completamente na idade adulta, ao envelhecer a pessoa sente o desejo de reatar os laços com a sua religião (BERGER; POIRIER, 1995).

Jung (1988) não associa o termo religião a uma determinada profissão de fé religiosa. Ele define como sendo a atitude particular de uma consciência transformada pela experiência do numinoso. Para ele, religião não significa seguir certas normas pré-determinadas, mas vivenciar o numinoso. O termo numinoso, segundo Bezinelli (2003), é definido como uma imagem, uma idéia que nos causa reverência, temor ou amor, algo que nos fascina e que trazem em si um mistério.

De acordo com Santana e Santos (2005) o termo religião pode ser entendido como um corpo de dogmas. Nesse formato, ela se apresenta por meio de instituições. E foi com a institucionalização da religião judaico-cristã que passamos a desconsiderar as formas de expressão religiosa dos chamados povos primitivos e politeístas, perseguindo-as, buscando “padronizar” a relação com o divino. Desconsiderando que a forma do contato com o divino é experienciado no sistema simbólico subjetivo.

Classe 3 - congruência entre valores /crenças/ações – é “ a correspondência ou equilíbrio encontrado entre valores, crenças e ações” (NANDA, 2006, p.268).  
Diagnósticos aprovados: angústia espiritual; risco de angústia espiritual; conflito de decisão; desobediência; risco de religiosidade prejudicada; religiosidade prejudicada e disposição para religiosidade aumentada.

Berger e Poirier (1995) afirmam que tentar situar a necessidade de agir, segundo as suas crenças e seus valores, em relação à velhice, representa uma tarefa difícil, pois faz referência a conceitos bastante abstratos. Ao longo da vida, o ser humano evolui bastante no plano físico, psicológico, social, moral e espiritual. O desenvolvimento moral é um processo progressivo que não está ligado à filiação religiosa ou à educação, mas às regras de comportamento social e à capacidade de agir, em reciprocidade com os outros, mantendo os princípios e valores pessoais. Por isso deve ser estimulado no idoso.

Reis (2002) com o objetivo de identificar as crenças, em 10 idosos cadastrados, em um programa de diabetes, em Goiânia, em relação à doença e aos hábitos alimentares, discorre que a saúde de uma pessoa depende de seu comportamento, suas opiniões, crenças, atitudes e valores, sendo que as crenças representam exatamente aquilo que verdadeiramente acredita, e que o engajamento numa ação entendida como benefício e disposição para agir são determinadas pela percepção ou crenças acerca de sua susceptibilidade, da gravidade da doença e dos benefícios da ação. Este estudo identificou maior número de categorias de ações de consenso, quanto à percepção dos idosos, relativa à dieta, hábitos alimentares atuais e ao diabetes, conclui que o profissional deve atuar, nesse processo complexo das crenças, com sabedoria e sem preconceitos.

### 3.2.11 – Segurança / proteção

O domínio segurança e proteção indica: “estar livre de perigo, lesão física ou dano do sistema imunológico; preservação contra perdas; proteção da segurança e seguridade” ( NANDA, 2006, p.268). Este domínio apresenta as seguintes classes:

Classe 1- infecção é “a resposta do hospedeiro à invasão patogênica” (NANDA, 2006, p. 268). Diagnóstico aprovado: risco de infecção.

O indivíduo idoso está mais suscetível à infecção hospitalar devido a alterações fisiológicas do envelhecimento, declínio da resposta imunológica e realização de procedimentos invasivos (BOAS; RUIZ, 2004).

A infecção é a resposta inflamatória provocada pela invasão ou presença de microrganismos em tecidos orgânicos. A infecção hospitalar é aquela adquirida após a admissão do paciente, manifesta-se durante a internação ou após a alta, quando relacionada à internação ou procedimentos hospitalares (BRASIL, 1998).

Boas e Ruiz (2004) avaliaram a ocorrência e os fatores de risco da infecção hospitalar em idosos internados, em um hospital universitário, e encontraram que 23,6%, da amostra, adquiriram infecção hospitalar. As topografias prevalentes de infecção hospitalar foram: infecção respiratória (27,6%), do trato urinário (26,4%) e do sítio cirúrgico (23,6%). O tempo de internação dos pacientes sem infecção hospitalar foi de 6,9 dias, e com infecção hospitalar de 15,9 dias. A taxa de mortalidade foi de 9,6% e a de letalidade dos pacientes, com infecção hospitalar, de 22,9%. Os fatores de risco encontrados foram: colangiografia, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica, cateterismo urinário, internação com infecção comunitária e ventilação mecânica. Os autores concluíram que a infecção hospitalar,

em idosos, apresentou incidência e letalidade elevadas e aumentou o tempo de internação.

Classe 2 - lesão física – conceituado como “dano ou ferimento corporal” (NANDA, 2006, p.269). Diagnósticos aprovados: mucosa oral prejudicada; riscos de lesão; riscos de lesão perioperatória por posicionamento; de quedas; de traumas; integridade da pele prejudicada; dentição prejudicada; risco de aspiração; desobstrução ineficaz das vias aéreas; risco de disfunção neurovascular periférica e proteção ineficaz.

A perda de dentes e a diminuição do fluxo salivar, em idosos, diminuem a capacidade de mastigar e deglutir adequadamente o alimento, comprometendo a saúde geral e o bem-estar. A mudança de uma dieta saudável para uma com predominância de carboidratos e alimentos menos consistentes pode não conter os nutrientes adequados às necessidades biológicas, causando estados anêmicos e apáticos, em pessoas mais suscetíveis. Além disso, este tipo de alimentação pode causar atrofia na musculatura mastigatória, com repercussão na estética facial e na auto-estima do idoso (BRUNETTI; MONTENEGRO; MANETTA, 2002).

No Brasil, até o momento, não há estudos epidemiológicos amplos sobre as condições de saúde bucal, na terceira idade, impossibilitando o estabelecimento de prioridades e o desenvolvimento de ações coerentes de assistência, principalmente em nível coletivo. Em face do rápido processo de envelhecimento populacional, no Brasil, há necessidade urgente de formação e capacitação de recursos humanos em odontologia geriátrica (SHINKAI; DEL BEL CURY, 2000).

Em alguns pacientes há queixas de hipersensibilidade, ardência e dor na língua (glossodínia), sendo decorrentes de carências de vitamina B, anemia

perniciosa, distúrbios emocionais e deficiência de hormônios sexuais (SHINKAI; DEL BEL CURY, 2000).

Kay e Tideiksaar (1995) e Souza e Iglesias (2002) afirmaram ser a queda, o trauma mais freqüente, em idosos essa lesão acidental é a sexta causa de mortalidade, cerca de 70,0% em pessoas de 75 anos ou mais.

No Brasil, as quedas, em idosos, no ano 2000, ocuparam o terceiro lugar de mortalidade. Em relação à morbidade, as quedas aumentam sua importância, ocupando o primeiro lugar, entre as internações. Em 2000, 48.940 pessoas, com 60 anos ou mais (56,1% do total) foram hospitalizadas, devido às quedas (GAWRYSZEWSKI; JORGE; KOIZUMI, 2004).

As causas das quedas, em idosos, ocorrem por fatores intrínsecos, ou seja, decorrentes de alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento e por doenças e efeitos causados por uso de fármacos; e por fatores extrínsecos, que dependem de circunstâncias sociais e ambientais que criam desafios ao idoso. Geralmente, problemas ambientais são causados por eventos ocasionais, com riscos para os idosos, principalmente aqueles que já apresentam alguma deficiência de equilíbrio e/ou marcha. Devem ser consideradas situações que propiciem: escorregar, tropeçar, pisar em falso, trombar (em objetos ou pessoas e animais). Os problemas com o ambiente serão mais perigosos, quanto maiores forem os fatores intrínsecos e extrínsecos é a instabilidade que este problema poderá causar. Geralmente, idosos não caem por realizar atividades perigosas (subir em escadas ou cadeiras), mas em atividades rotineiras (FABRICIO, RODRIQUES; COSTA JUNIOR, 2004).

Classe 3 - violência- é a "aplicação da força ou potência excessiva ,de modo a causar lesão ou abuso" (NANDA, 2006, p. 269). Diagnósticos aprovados: risco de

automutilação; automutilação; riscos de violência direcionada aos outros; de violência direcionada a si mesmo e de suicídio.

O suicídio é um ato essencialmente humano encontrado em todas as faixas etárias, à exceção da primeira infância. O suicídio é uma atitude autodestrutiva, decorrente de uma crise que impossibilita o indivíduo encontrar uma resposta modificadora da situação estressante. No que se refere ao idoso, o suicídio ou comportamento suicida é mais evidente, pois representa a 10ª causa de morte, em pessoas, com mais de 65 anos, é mais acentuado entre idosos de 80 e 84 anos. Em geral, os fatores que desencadeiam essas atitudes estão relacionados ao: isolamento, à saúde precária, à depressão, ao alcoolismo, à redução da auto-estima, aos sentimentos de rejeição familiar e social ou à desestruturação da família, por divórcio ou morte. Geralmente, pessoas idosas que cometem suicídios usam meios altamente letais, como: arma de fogo ou precipitação no vazio (atirar-se de uma janela, por exemplo) (GUIMARÃES; CUNHA, 2004).

Algumas vezes podem usar recursos indiretos, como: parar de comer ou beber, recusar medicação ou qualquer intervenção terapêutica. Frequentemente, o idoso mostra indícios comportamentais verbais diretos e indiretos, de sua intenção de suicídio. Entre os sinais estão: os discursos de desesperança, desespero ou desânimo com a família, a vida, animais de estimação e passatempos preferidos, descuido na higiene e aparência pessoal, cansaço permanente e apatia, sem razões visíveis, choro freqüente e sem razão aparente, perturbações do sono e apetite, irritabilidade, ansiedade, melancolia ou pânico, abuso de álcool ou medicamentos. A depressão é uma das principais causas de suicídio (VIEIRA, 2004).

Considera-se violência contra idosos o abuso de um ou repetidos atos, ou fato de ações apropriadas, ocorrendo em qualquer relação que cause danos ou

omissões relativas a eles (CRUZ, 2006). Já, os maus-tratos, na terceira idade, são ações que ocorrem quando o idoso tem relação de confiança com o seu agressor, por isso são incapazes de denunciar o ato por serem dependentes física e emocionalmente. Como consequência do abuso, estes indivíduos podem apresentar depressão e baixa estima, reforçadas por sentimentos de culpa e vergonha (GUIMARÃES; CUNHA, 2004; ESPINDOLA; BLAY, 2007).

Classe 4- riscos ambientais – são definidos como: “fontes de perigo nos arredores” (NANDA, 2006, p.269). Diagnóstico aprovado: risco de envenenamento.

Classe 5- processos defensivos – são: “processos por meio dos quais a pessoa protege a si mesma contra fatores externos” (NANDA, 2006, p.269). Diagnósticos aprovados: resposta alérgica ao látex e risco de resposta alérgica ao látex.

Classe 6- termorregulação – de acordo com NANDA (2006, p.269) é o “processo fisiológico de regulação do calor e energia do corpo, com o propósito de proteger o organismo”. Diagnósticos aprovados: risco de desequilíbrio na temperatura corporal; termorregulação ineficaz; hipotermia e hipertermia.

A eficiência dos mecanismos de termorregulação decresce com a idade, pois há diminuição do metabolismo basal que desempenha papel importante na regulação da temperatura e de gastos energéticos do organismo. Paralelamente, a esse fenômeno, a capacidade de oxigenação baixa a nível periférico. Órgãos como a pele, vasos sanguíneos e músculos são responsáveis pela diminuição da temperatura corporal. A pele diminui a espessura, perde a elasticidade e uma boa parte da irrigação vascular, com isso o seu papel na condução de calor periférico diminui, assim como os efeitos da vasodilatação e vasoconstrição. As glândulas sudoríparas atrofiam-se e diminuem em quantidade, interferindo no mecanismo de

evaporação cutânea. A circulação sanguínea se torna mais difícil e o calor não chega facilmente à superfície do corpo. Todas essas modificações na produção, conservação e dissipação do calor diminuem a temperatura corporal, do idoso, em cerca de meio grau Celsius (BERGER; POIRIER, 1995).

Os domínios segurança e proteção identificam as respostas humanas relacionadas à preservação contra perdas, proteção da segurança e seguridade. Diante disso, o enfermeiro ao conhecer tais respostas conseguirá identificar os fatores de risco, e atuar na prevenção dos agravos e promover melhor qualidade de vida. Durante o processo de alta, é necessário trabalhar as mudanças disfuncionais que não resultam em manutenção da saúde, e como ponto de partida devem-se modificar os princípios que regem a atenção à saúde dos idosos. Na atenção básica, os profissionais devem trabalhar em equipe, para minimizar os fatores de risco do envelhecimento, garantindo ao paciente tratamento adequado.

### **3.2.12 – Conforto**

Este domínio refere-se à “sensação de bem-estar ou conforto mental, físico ou social” (NANDA, 2006, p.270). Neste domínio estão inseridas as seguintes classes:

Classes 1 - conforto físico é conceituado como: a “sensação de bem-estar ou conforto e/ou ausência de dor” (NANDA, 2006, p. 270). Os diagnósticos de enfermagem presentes são: dor aguda; dor crônica e náusea. Conforto foi descrito como cuidado para aliviar dores e desconfortos ou tornar alguém livre de ameaças próprias, internas ou externas (LEININGER, 1985).

O bem-estar é apontado como elemento comum nas definições de conforto, caracterizando assim a concepção subjetiva do conforto (ELHART et al., 1983);

A concepção de conforto pode adquirir significado de um estado, expresso pelos autores de várias maneiras: estado de alívio, encorajamento ou consolo; estado em que as necessidades fisiológicas básicas de sobrevivência são satisfeitas e a homeostase fisiológica é mantida; condição subjetivo em que se verifica uma sensação de bem-estar mental e físico isento de dor, desejo ou ansiedade; situação de comodidade e bem-estar em que a pessoa está à vontade consigo mesma e com o seu ambiente; grau de relaxado, quando as pessoas experienciam emoções positivas, livres de extrema tensão e dor, têm uma sensação de relaxamento, estão conscientes de sua identidade, e têm atitude de aceitação em relação a outros; condição de harmonia, resultado da integração corpo-mente-espírito na relação consigo mesmo, dela e do ambiente, em que a pessoa sente-se em um ambiente familiar, segura, cuidada, amada, em controle, e é capaz de funcionar e viver tanto quanto possível uma vida normal, desempenhando seus papéis usuais; estado de bem-estar, que pode ocorrer durante qualquer estágio do continuum saúde-doença, e pode ser temporal (como alívio temporário da dor) e condição de alcance a longo prazo, tal como a obtenção de saúde (ELHART et al., 1983; DU GAS, 1984; NEVES-ARRUDA, 1990; MORSE, 1992). Para que o idoso alcance o conforto é necessário que haja uma interação de bem-estar nas áreas físicas, emocionais, cognitivas e biológicas.

A dor é um fenômeno multidimensional e, por conseguinte, é de difícil definição. É uma experiência pessoal e subjetiva, com poucas medições objetivas (BLACK; JACOBS, 1996).

A dor aguda, geralmente, é de curta duração (menos de 6 meses) e tem início identificável e imediato, com a dor rápida. Está associada a dano tecidual, a percepção da sensação da dor, atua como um sinal que induz a pessoa a adotar comportamentos que objetivam afastar, reduzir ou eliminar a causa da dor. Essas reações são significativamente influenciadas pelo contexto sócio-cultural no qual ocorreu a lesão e a dor, pelo estado psicológico do indivíduo no início da experiência dolorosa e pela personalidade do mesmo. As reações afetivas predominantes associadas à dor aguda são a ansiedade e a resposta de estresse com as manifestações de hiperatividade simpática (BLACK; JACOBS, 1996).

A dor crônica é descrita como uma dor que dura meses, anos, ou a vida toda. Pode haver ocorrências intermitentes de dor crônica, que se caracteriza por períodos de dor, intercalados com intervalos isentos de dor. Esse período pode repetir-se continuamente, durante anos. A dor crônica também pode ser constante, persistente e piorar progressivamente, apesar do tratamento (ATKINSON; MURRAY, 1989).

Andrade; Pereira e Souza (2006) descreveram a tendência dos profissionais em desprezar ou desvalorizar o relato de dor, pelos idosos. Muitos pacientes assumem o papel passivo no cuidado à saúde, tanto pela inexperiência e desconhecimento de seus direitos, como pela interferência de valores culturais, por acreditarem que a dor faz parte da velhice. A dor está entre os principais fatores que podem impactar negativamente a qualidade de vida do indivíduo idoso, pois limita suas atividades, aumenta a agitação, o risco para estresse e o isolamento social.

A atuação do enfermeiro no controle da dor aguda, crônica e oncológica pode ser vasta, mas também pode ser pequena e rotineira, dependendo da competência

do profissional sobre o tema. O papel do enfermeiro no atendimento ao doente com dor crônica está em construção (PIMENTA; KURITA, 2006).

Classe 2- conforto ambiental - é a " sensação de bem-estar ou conforto no/com o ambiente em que está a pessoa" (NANDA, 2006, p. 270). Não existem diagnósticos catalogados na NANDA (2006).

Kolcaba (1991) explorou a literatura de enfermagem sobre holismo, concluindo que as necessidades de conforto podem ser experienciadas em quatro contextos: ambiental (que pertence ao cenário externo da experiência humana, abrangendo luz, barulho, ambiente, cor, temperatura e elementos naturais versus sintéticos); físico (que pertence as sensações do corpo); psicoespiritual (que pertence à conscientização internado eu, incluindo estima, conceito, sexualidade e significado na vida do indivíduo; pode também abranger um relacionamento do indivíduo com uma ordem mais alta ou ser superior); social (que pertence às relações interpessoais, familiares e sociais). Portanto se torna um desafio para os profissionais, suprir a necessidade de conforto do idoso no ambiente hospitalar, preparando-o para que o bem estar, permaneça também no ambiente domiciliar.

O estudo descritivo de Pineau (1982) demonstra que o conforto em moradias pode ser descrito como: suprimento de água e equipamento sanitário. A autora acrescenta que o conforto de uma residência também deve incluir: espaço que permita a privacidade de seus moradores, possibilidade para os moradores disporem de calma e silêncio e personalização, ou seja, torná-la própria de alguém, evidenciando assim a individualização e a essência psicológica deste fenômeno que escapa à padronização e avaliação física. Finaliza, afirmando que o conceito de conforto não é universal, ou seja, não tem o mesmo significado para todos os indivíduos, o que impede uma definição absoluta. Mesmo que a NANDA ainda não

conste diagnósticos nessa classe, as necessidades e queixas do idosos quanto ao bem-estar ambiental nos ajudam a planejar o cuidado de forma a contribuir para o conforto em todas extensões.

Classe 3- conforto social é a “sensação de bem-estar ou conforto da pessoa com as suas situações sociais”(NANDA 2006; p.270). Diagnóstico aprovado: isolamento social.

Isolamento social é a solidão experimentada pelo indivíduo e percebida como imposta por outros e como um estado negativo ou ameaçador (NANDA, 2006, p. 145). A percepção de isolamento pode ser desenvolvida após o acometimento do idoso pela síndrome geriátrica, devido às sérias limitações ou incapacidades impostas por ela.

O conceito de qualidade de vida está relacionado à auto-estima e ao bem-estar pessoal, e abrange uma série de aspectos como: capacidade funcional, nível sócio-econômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos, a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive (VECCHIA et al, 2005). Nesse sentido a forma em que uma pessoa esta funcionando numa variedade de áreas utilizando diferentes habilidades é fundamental para a preservação do bem estar social dos idosos.

Na medida em que o paciente pode apresentar necessidades de conforto não atendidas, pressupõe-se a necessidade de intervenção para maximizar conforto, demonstrando assim a relação entre conforto e cuidado, e a preocupação de alguns autores em estabelecer medidas de conforto como sinônimo de intervenção de enfermagem para prover o cuidado (MUSSI, 1996).

As condutas orientadas, para a alta hospitalar do idoso, devem ser direcionadas à sua reinserção na comunidade, garantindo a sensação de bem-estar tanto no ambiente quanto nas relações sociais, prevenindo o isolamento social. Portanto, o enfermeiro deve preparar o paciente e a família para os cuidados, no domicílio, a fim de manter a saúde e eliminar/minimizar os fatores predisponentes às possíveis reinternações.

### **3.2.13 - Crescimento/desenvolvimento**

No domínio do crescimento e desenvolvimento, identificam-se os aumentos apropriados para a idade, nas dimensões físicas e nos sistemas orgânicos e /ou a progressão através dos estágios de desenvolvimento (NANDA, 2006, p.270). Neste domínio, estão inseridas as classes:

Classe 1- crescimento – conceituado como: o “aumento nas dimensões físicas ou maturidade de sistemas orgânicos” ( NANDA, 2006, p.270). O único diagnóstico presente é insuficiência do adulto para melhorar.

Classe 2- desenvolvimento – é a “progressão ou regressão através de uma seqüência de marcos reconhecidos da vida” (NANDA, 2006, p.270). Os diagnósticos aprovados não se aplicam ao idoso.

Este domínio é de relevância para a fase do envelhecimento, pois o enfermeiro poderá atuar na promoção de saúde dos indivíduos mais jovens, que estão em processo de crescimento, modificando os comportamentos negativos à consciência e controle de saúde, na terceira idade. O enfermeiro deve desenvolver competências quanto à deterioração funcional progressiva, de naturezas física e cognitiva, capacitando, assim, cuidadores formais ou informais.

Portanto, o conhecimento dos domínios e de seus possíveis diagnósticos possibilitará ao enfermeiro sistematizar a assistência da alta hospitalar, preparando o paciente e a família para os cuidados, no domicílio, orientando-os quanto aos fatores de risco, possibilitando a conscientização da continuidade do cuidado e a comunicação, entre os enfermeiros, fortalecendo o sistema de referência e contra-referência, por meio de linguagem padronizada, e resumo das condutas.

## **4 - PERCURSO METODOLÓGICO**

### **4.1 - Tipologia**

Trata-se de estudo descritivo, cuja finalidade é observar, descrever e documentar os aspectos da situação. O pesquisador está interessado, principalmente, na descrição dos relacionamentos, entre as variáveis, sem procurar necessariamente estabelecer uma conexão causal (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004) A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los, e procura descobrir, com precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características (CERVO, 2002).

### **4.2 - Local do estudo**

O cenário do estudo foi a Clínica Médica de um Hospital Escola da Região Centro-Oeste, com aproximadamente 70 leitos, distribuídos entre várias especialidades: (Gastroenterologia, Endocrinologia, Pneumologia, Cardiologia, Nefrologia, Hematologia, Reumatologia, Neurologia, Medicina Interna (não se enquadra em nenhuma especialidade por não ter diagnóstico definido)) e leitos para isolamento. A unidade conta com 12 enfermarias, sendo seis masculinas e seis femininas e o atendimento atinge as faixas etárias da adolescência à velhice.

Na clínica médica atuam oito enfermeiros, sendo geralmente três por plantão, dois bolsistas, alunos do Curso de Enfermagem, 48 técnicos de enfermagem do quadro permanente, sete técnicos voluntários, dois auxiliares de enfermagem e oito profissionais de nível médio, por plantão, divididos da seguinte forma: um fica

escalado na medicação, um para realização de curativos do setor e seis assumem duas enfermarias cada um.

No processo de alta, a equipe médica toma a decisão independente da avaliação do enfermeiro, avisa o paciente e anota no prontuário. A alta do paciente é realizada pelo enfermeiro. Ao receber o aviso de alta e analisada a necessidade de se providenciar acompanhante, solicita-se a presença de familiar, para se proceder a saída do hospital. Nesse momento, são realizadas as orientações devidas. O profissional responsável pela enfermaria, técnico/auxiliar verifica o receituário, pedidos de exames, reforça as ordens médicas e entrega os documentos necessários e, na seqüência, o secretário do setor lança os dados do paciente em livro padronizado.

#### **4.3 - População e amostra do estudo**

Fizeram parte do estudo idosos com idade igual ou acima de 60 anos, com previsão de alta hospitalar nas próximas 24 horas, na clínica médica.

Para identificar o idoso, em processo de alta hospitalar, foi realizado um levantamento diário de internação, utilizando-se o caderno de admissões disponível no setor. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão:

- Ter idade igual ou acima de 60 anos;
- Possuir condições físicas emocionais/cognitivas para responder as perguntas;
- Concordar em participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).
- Estar em alta hospitalar;
- Ser a primeira internação no período de coleta de dados. .

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão:

- solicitação de retirada do consentimento;

No hospital em estudo, existe um setor de serviço de arquivo médico e informações de saúde (SAMIS) que disponibiliza a estatística referente à internação anual, mensal, por sexo, faixa etária e especialidade. Na clínica médica, no período de abril a outubro de 2007, foram realizadas 242 internações, sendo uma média de 40 hospitalizações, por mês. Dessas internações, 69,1% estavam na faixa etária de 1 a 59 anos e 30,1% possuíam 60 anos ou mais. Entre os idosos hospitalizados a taxa de reinternação foi de 8,0%.

Dos idosos hospitalizados, 53,4% eram do sexo masculino e 46,6% do sexo feminino. Quanto às especialidades, 31,5% medicina interna (não se enquadra em nenhuma especialidade por não ter diagnóstico definido), 27,4% cardiologia, 23,3% hematologia, 8,2% urgência adulto, 4,1% pneumologia, 2,7% reumatologia, 1,4% nefrologia e 1,4% oncologia.

No período da coleta de dados, a clínica médica estava em reforma; isso diminuiu o fluxo de internações e os indivíduos que necessitavam de hospitalizações eram encaminhados a outras clínicas do hospital (pronto socorro adulto, clínica cirúrgica e ortopedia). Esta reforma não causou viés na pesquisa, pois os leitos desta unidade estavam distribuídos em outros setores.

#### **4.4 - Coleta de dados**

A coleta de dados, no período da alta hospitalar, foi iniciada a partir de 24 horas antes do momento de alta prevista, ainda no ambiente hospitalar. Para a aplicação do instrumento (Apêndice C) estavam previstos, em média, dois encontros de 1 hora. Caso houvesse necessidade, a coleta de dados poderia ocorrer em um

momento único, sem delongar o tempo de permanência do idoso e/ou acompanhante, no cenário de estudo.

A partir de indicação de provável alta, nas próximas 24 horas, foi iniciado o processo de coleta de dados (1º encontro), que foi integralizado após certificar-se que a equipe já havia prestado as orientações no dia da alta (2º encontro). Na prática, a coleta de dados, ocorreu em média de 1 hora e meia, em um único encontro, respeitando a disponibilidade do idoso.

A coleta de dados ocorreu nos meses de abril a outubro. Dos 73 idosos internados no período, 15 faleceram, 58 tiveram alta, 33 não participaram do estudo por não se enquadrarem nos critérios de inclusão: duas recusas em participar do estudo; oito idosos foram reinternados; três não apresentavam condições emocionais para responder ao instrumento de coleta de dados; 11 pacientes foram para o domicílio, antes do período estimado, impossibilitando a coleta de dados e os demais tiveram alta antes que o pesquisador conseguisse chegar ao hospital. Desta forma, a amostra deste estudo constituiu-se de 25 idosos.

#### **4.4.1 - Construção e refinamento do instrumento**

O protocolo da coleta de dados foi elaborado seguindo os treze domínios e as quarenta e sete classes da estrutura multiaxial da Taxonomia de Diagnóstico da North American Nursing Diagnoses Association (NANDA, 2006), e incluiu procedimentos de entrevista, aplicação de escalas, exame físico e consulta em prontuário (Apêndice C).

Por se tratar da identificação de diagnósticos de enfermagem, em idosos, da clínica médica, alguns diagnósticos não foram contemplados como os aplicáveis aos lactentes: padrão ineficaz de alimentação, amamentações eficaz, ineficaz, e

interrompida. Os aplicáveis à criança: comportamento infantil desorganizado, risco de comportamento infantil desorganizado, disposição para comportamento infantil organizado aumentado, risco de síndrome de morte súbita, atrasos no crescimento e desenvolvimento, riscos de crescimento desproporcional e de atraso no desenvolvimento. Os diagnósticos ausentes na especialidade pesquisada: insuficiência do adulto para melhorar, resposta disfuncional ao desmame ventilatório, capacidade adaptativa intracraniana diminuída e campo de energia perturbado. Este foi excluído, porque não se enquadra nos paradigmas do processo saúde-doença da pesquisadora. Portanto, dos 172 diagnósticos da NANDA (2006), este estudo contemplou 155 diagnósticos de enfermagem, uma vez que o idoso já passara pelas mudanças fisiológicas inerentes a cada período do desenvolvimento humano.

O processo de construção e refinamento do instrumento foi árduo, pois sabíamos das várias atribuições dos professores que estavam aptos a avaliar o questionário e os parâmetros do exame físico.

#### **4.4.1.1-Validação aparente e de conteúdo do instrumento de coleta de dados**

A validade de conteúdo visa a adequação da cobertura da área de conteúdo medida. Este tipo de validação é baseado em julgamentos, pois não existe um método totalmente objetivo, para garantir que um instrumento cubra adequadamente o conteúdo que está sendo medido (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O instrumento de coleta de dados (Apêndice C) passou por validações aparente e de conteúdo, por um grupo de juízes, em sua área específica.

Validade de um instrumento de medida de acordo com Polit, Beck e Hungler (2004) é a validade e o grau em que o instrumento mede o que supostamente deve

medir, a confiabilidade e a validade de um instrumento não são totalmente independentes. A confiabilidade e a validade têm inúmeros aspectos e abordagens investigativas. Um dos aspectos é conhecido como validade aparente e refere - se ao fato do instrumento parecer estar medindo o constructo apropriado.

Para a construção e validação do instrumento de coleta de dados, várias dificuldades foram encontradas, entre elas podemos listar: a criação de um roteiro que contemplasse todos os domínios da Taxonomia II da NANDA 2006. Para essa construção buscou-se apoio na literatura. Foi realizado procura na base de dados da biblioteca virtual (BIREME), e arquivo de dissertações disponíveis na Associação Brasileira de Enfermagem de Brasília e Universidade de São Paulo (USP), sendo este o início dos passos que colaboraram para o desenvolvimento do estudo. Foi difícil elaborar um instrumento compacto, e que pudesse conter todas as indagações necessárias de forma que não causasse indisposição ao idoso, durante a entrevista.

O instrumento de coleta de dados foi submetido, por duas vezes, à análise de conteúdo por um grupo de juízes, enfermeiros docentes de várias especialidades. No primeiro momento, três peritos avaliaram o instrumento no todo e apresentaram sugestões. As alterações foram feitas de acordo com o referencial teórico. No segundo momento, o instrumento foi desmembrado. Cada domínio passou por avaliações de três peritos, quanto: à clareza, objetividade e pertinência dos itens de avaliação, na sua área de especialidade.

As contribuições relacionaram-se a pontos que deveriam ser questionados e não constavam no instrumento, perguntas que deveriam estar escritas de forma mais acessível para a compreensão do idoso e sugestão de escalas que melhor se adequassem ao idoso. As sugestões foram aceitas na sua maioria, respeitando a concordância de opiniões, entre as avaliadoras.

Após essa etapa, foi realizada aplicação preliminar do instrumento na avaliação de cinco idosos. Os dados obtidos foram analisados de acordo com o raciocínio clínico (análise e síntese dos dados) de Risner (1995), com o objetivo de familiarizar a pesquisadora com a análise e síntese dos dados, obter subsídios para verificar a adequação do conteúdo e melhor forma de aplicação do instrumento, estimar o tempo gasto, em cada entrevista, e fazer os ajustes necessários às perguntas, além de permitir a identificação de lacunas no instrumento de coleta de dados. Esses dados não foram incluídos na pesquisa.

#### **4.4.1.2 - Parâmetros para avaliação das condições de saúde dos idosos na coleta dados**

Durante a coleta de dados os principais atributos foram avaliados e analisados, conforme a bibliografia consultada com a respectiva semiótica utilizada. Para melhor visualização, apresentamos-los no quadro 1.

**QUADRO 1** Descrição dos atributos críticos, semiotécnica e parâmetros de avaliação de acordo com os domínios da Taxonomia da NANDA (2006).  
 Continua.

Atributos	Semiotécnica	Parâmetros de Avaliação
Estado Mental	<p><b>Mini Mental de Pfeiffer (COSTA et al., 2001)</b>                      1-Em que dia, mês e ano estamos? _____                      2-Qual é o dia da semana? _____                      3-Qual é o nome desse lugar? _____                      4-Qual é o número do seu telefone? _____                      (Se não tiver telefone, qual é o seu endereço?)                      5-Qual é a sua idade? _____                      6-Quando o (a) senhor (a) nasceu? _____                      7-Quem é o atual Presidente do Brasil? _____                      8-Quem foi o Presidente anterior? _____                      9-Qual é o nome de solteira da sua mãe? _____                      10-Subtraia 3 de 20, e continue subtraindo 3 de cada novo número, até o fim.</p>	<p>0 a 2 erros - funcionamento intelectual intacto                      3 a 4 erros - leve deterioração intelectual                      5 a 7 erros - deterioração intelectual moderada                      8 a 10 erros - grave deterioração intelectual                      Considerar a margem de 1 erro a mais se o paciente apenas cursou o primeiro grau (COSTA et al., 2005).</p>
Marcha	<p>Pede-se ao paciente para levantar-se de uma cadeira reta com encosto, caminhar cerca de 3 metros, fazer rotação de 180°, voltar e sentar-se (COSTA et al, 2005, p.167).</p>	<p>Idosos normais levantam-se da cadeira, caminham 3 metros e voltam em 10 segundos. Um teste com duração de 30 segundos ou mais está relacionado com incapacidade moderada e alto risco de quedas (COSTA et al., 2005).</p>
Pulso	<p>Posicionar o paciente confortavelmente deitado ou sentado. Colocar a polpa digital dos dedos indicador e médio sobre a artéria radial que se situa entre a apófise estilóide do rádio e o tendão dos flexores, variando a força de compressão até obter-se impulso máximo. O polegar se fixa delicadamente no dorso do punho do paciente. Contar as pulsações durante um minuto e anotar o valor obtido. Avaliar o ritmo e volume das pulsações (BARROS et al., 2002, POSSO, 2003).</p>	<p>Em pessoas adultas considera-se normal a frequência de 60 a 100 batimentos por minuto. Acima de 100 pulsações designa-se de taquicardia ou taquisfigmia. Abaixo de 60 pulsações designa-se bradicardia ou bradisfigmia.                      O ritmo é dado pela seqüência de pulsações. Se elas ocorrem em intervalos iguais o ritmo é regular. Se os intervalos são variados – ora mais curtos, ora mais longos – trata-se de ritmo irregular.                      Volume – quantidade de sangue bombeado em cada batida, podendo ser cheio ou filiforme (BARROS et al., 2002, POSSO, 2003).</p>

Continua...

**QUADRO 1-** Descrição dos atributos críticos, semiotécnica e parâmetros de avaliação de acordo com os domínios da Taxonomia da NANDA (2006).

Atributos	Semiotécnica	Parâmetros de Avaliação
Temperatura axilar	Desinfetar o termômetro com algodão embebido em álcool a 70,0%. Fazer movimentos firmes semicirculares com o termômetro, utilizando a força centrífuga para que a coluna de mercúrio desça até o bulbo; enxugar a axila direita do paciente com a própria roupa ou com papel toalha, sem fricção, evitar o aumento da temperatura local; colocar o termômetro na região axilar, com o bulbo em contato direto com a pele, posicionando o membro sobre o tórax, manter nesta posição de cinco a sete minutos, retirar o termômetro, segurando-o pela haste, proceder à leitura (POSSO, 2003, p.65).	Hipotermia: temperatura abaixo de 36° C. Normotermia: temperatura entre 36° C e 36,8° C. Febrícula: temperatura entre 36,9° C e 37,4° C Estado febril: temperatura entre 37,5° C e 38° C Febre: temperatura entre 38° C e 39° C Pirexia ou hipertermia: temperatura entre 39,1° C e 40° C (POSSO 2003, p.65).
Perfusão periférica	Para verificar o enchimento capilar será realizada uma leve compressão sobre a borda de uma unha até a transição da cor rósea para a pálida (PORTO, 2004).	Todo esse processo, em caso de normalidade, se dará de forma rápida, menos de 1 segundo (COSTA et al, 2005).
Pressão arterial	Será realizado após repouso de pelo menos 5 minutos em ambiente calmo, certificar que o paciente está com a bexiga vazia, será pedido para sentar, manter as pernas descruzadas, remover roupas do braço no qual será colocado o manguito. Posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido. Solicitar para que não fale durante a medida. 1. Medir a circunferência do braço do paciente. 2. Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço. 3. Colocar o manguito sem deixar folgas acima da fossa cubital, cerca de 2 a 3 cm. 4. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial. 5. Estimar o nível da pressão sistólica (PS) (palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, desinflar rapidamente e aguardar 1 minuto antes da medida). 6. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula do estetoscópio sem compressão excessiva. 7. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mm Hg o nível estimado da pressão sistólica.	Normotensão <140/90 Hipertensão ≥140/90  (V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2006).  Hipotensão: tensão diminuída, pressão diastólica abaixo de 60 mmHg. Pressão convergente: quando as pressões sistólica e diastólica se aproximam. Pressão divergente: quando as pressões sistólica e diastólica se distanciam (POSSO, 2003, p. 68).

Continua...

**QUADRO 1-** Descrição dos atributos críticos, semiotécnica e parâmetros de avaliação de acordo com os domínios da Taxonomia da NANDA (2006).

Atributos	Semiotécnica	Parâmetros de Avaliação
Pressão arterial. (continuação)	<p>8. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 a 4 mm Hg/s).</p> <p>9. Determinar a pressão sistólica na ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é um som fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.</p> <p>10. Determinar a pressão diastólica (PD) no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff).</p> <p>11. Auscultar cerca de 20 a 30 mm Hg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa.</p> <p>12. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a PD no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/zero.</p> <p>13. Esperar 1 a 2 minutos antes de novas medidas.</p> <p>14. Anotar os valores e o membro (V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2006).</p>	
Coloração das mucosas (coradas hipocoradas e ictérica).	<p>Será examinado a olho nu e consiste na inspeção, coadjuvado por manobras singelas que exponham a conjuntiva ocular à visão do examinador (PORTO, 2004).</p> <p>A cianose deve ser procurada no rosto, especialmente ao redor dos lábios, ponta do nariz, nos lobos das orelhas e nas extremidades das mãos e dos pés (leito ungueal e polpas digitais).</p> <p>A icterícia deve ser procurada na mucosa conjuntival e o freio da língua (PORTO, 2004, p.206).</p>	<p>Coloração normal é a róseo-avermelhada, decorrente da rede vascular das mucosas, denominada de mucosas normocoradas.</p> <p>Alterações:</p> <p>Descoramento das mucosas é a diminuição ou a perda da cor róseo-avermelhada. Também denominado mucosas descoradas ou palidez das mucosas.</p> <p>Mucosas descoradas (+) significam uma leve diminuição da cor normal, enquanto mucosas descoradas (+++++) indicam o desaparecimento da coloração rósea. As mucosas se tornam brancas como a folha de papel e indica anemia.</p> <p>As situações intermediárias vão sendo reconhecidas à medida que se ganha experiência. Será registrado a presença destas:</p> <p>Mucosas ictéricas-coloração amarela ou amarelo-esverdeadas, da mesma maneira que na pele, resulta de impregnação pelo pigmento bilirrubínico aumentado no sangue.</p> <p>Mucosas e pele Cianótica significa cor azulada da pele e se manifesta quando a hemoglobina reduzida alcança no sangue valores superiores a 5 mg/100ml (PORTO, 2004).</p>

Continua...

**QUADRO 1-** Descrição dos atributos críticos, semiotécnica e parâmetros de avaliação de acordo com os domínios da Taxonomia da NANDA (2006).

Atributos	Semiotécnica	Parâmetros de Avaliação
Umidade da Pele: (umidade normal, pele seca, úmidade aumentada ou pele sudorenta)	Usa-se o dorso dos dedos ou as costas das mãos, comparando-se com a pele da vizinhança e da região homóloga (PORTO, 2004).	Em condições normais a pele apresenta certo grau de umidade que pode ser percebida ao se examinar indivíduos normais, traduzindo bom estado de hidratação. A pele seca dá ao tato uma sensação especial. É encontrada em pessoas idosas, em algumas dermatopatias crônicas, no mixedema, na avitaminose A, na intoxicação pela atropina, na insuficiência renal cônica e na desidratação (PORTO, 2004).
Edema	Fazer uma compressão firme e sustentada com a polpa digital do polegar ou do indicador de encontro a uma estrutura rígida subjacente (tíbia). Havendo edema ao retirar o dedo vê-se uma depressão no local comprimido, a fóvea ou cacifo. Fazer a distinção se o edema é localizado (se restringe a um seguimento do corpo) ou generalizado (PORTO, 2004).	O edema localiza-se primeiramente nos membros inferiores, pela ação da gravidade, iniciando-se nos maléolos. À medida que vai progredindo, atinge pernas e coxas. Por influência da gravidade, o edema cardíaco aumenta com o decorrer do dia, atingindo máxima intensidade à tarde; daí a denominação de edema vespertino. Com o agravamento da função cardíaca o edema atinge o corpo todo, inclusive o rosto, quando recebe o nome de anasarca. Estabelece-se a intensidade do edema referindo-se à profundidade da fóvea graduada em cruces (+, ++, +++ e ++++). Sendo + cruz correspondendo a um edema discreto e ++++ edema intenso (PORTO, 2004).
Função Pulmonar	Inspeção: observar as condições da pele (coloração, cicatrizes, lesões), pêlos e sua distribuição, presença de circulação colateral, abaulamento e retrações (BARROS et al., 2002) Palpação: para avaliar a expansão simétrica do tórax, serão colocadas as mãos aquecidas na parede do tórax póstero-lateral, com os polegares ao nível de T9 ou T10. Deslizar as mãos medialmente para apertar para cima uma pequena dobra de pele entre os polegares. Peça ao paciente que respire profundamente, as mãos do examinador funcionam como amplificadores; à medida que o paciente inspira profundamente, o examinador move os polegares para os lados simetricamente (JARVIS, 2002, p.439). Para avaliar o frêmito tátil (ou toracóvocal) a base palmar dos dedos ou a face ulnar de uma das mãos deve tocar o tórax do paciente enquanto ele repete palavras ressoantes que criam vibrações fortes (“trinta e três”).	Inspeção: Tórax em tonel - é aquele em que o diâmetro ântero-posterior iguala-se ao transversal e é frequentemente relacionado ao enfisema pulmonar, mas pode, algumas vezes, ser encontrado em idosos que não tenham esta doença. Tórax em funil - é uma deformidade na qual o esterno fica deprimido ao nível do terço inferior e os órgãos que se situam abaixo dele são comprimidos. Peito de pombo - o esterno projeta-se para frente, aumentando o diâmetro ântero-posterior. Cifoescoliose torácica – consiste na acentuação da curvatura torácica normal. A pessoa adota uma postura encurvada ou um aspecto corcundo. Abaulamento – é o aumento do volume de um dos hemitorax. Retrações – é a restrição de um dos hemitórax que corresponde às atelectasias (BARROS et al., 2002).

Continua...

**QUADRO 1-**Descrição dos atributos críticos, semiotécnica e parâmetros de avaliação de acordo com os domínios da Taxonomia da NANDA (2006).

Atributos	Semiotécnica	Parâmetros de Avaliação
<p>Função Pulmonar. (continuação)</p>	<p>Percussão: o tórax deverá ser percutido em localizações simétricas, dos ápices em direção às bases. Percuta um dos lados do tórax e, em seguida, o outro, no mesmo nível, compare um lado com o outro em todo o trajeto, para baixo, da região, da pulmonar. Percuta a cada intervalo de 5 cm. Evite o efeito de amortecimento das escápulas e costelas (JARVIS, 2002, BARROS et al. 2002).</p> <p>Ausulta: manter o paciente sentado, um pouco inclinado para frente, com os braços repousando confortavelmente no colo. Instrua-o a respirar pela boca, um pouco mais profundamente que o usual, mas a parar se começar a sentir tontura. Monitore a respiração em todo o exame, e permita que o idoso descanse e respire normalmente a intervalos. Utilize a peça terminal plana do diafragma do estetoscópio e mantenha-a firmemente na parede torácica do paciente. Ausculte pelo menos uma respiração completa em cada local. A comparação de um lado com o outro é muito importante. De pé, atrás do paciente, ausculte as seguintes regiões pulmonares – posterior, dos ápices em C7 até as bases (em torno de T10), e lateralmente, a partir da axila para baixo, até a sétima ou oitava costela. O idoso pode cansar-se com facilidade, em especial durante a ausculta, quando é necessário respirar profundamente pela boca. Deve-se ter cuidado para que o idoso não hiperventile e fique tonto. Permitir períodos breves de repouso ou respirações silenciosas (BATES BICKLEY, HOCKELMAN, 2001; JARVIS, 2002).</p>	<p>Palpação: para avaliar a expansão torácica as mãos do examinador devem deslocar-se para fora e para cima simetricamente. Qualquer assimetria pode ser indicativa de um processo patológico na região (doença fibrótica, do pulmão, derrame pleural, pneumotórax, pneumonia lombar) (JARVIS, 2002, BARROS et al. 2002).</p> <p>O frêmito tátil é normalmente mais proeminente entre as escápulas e em torno do esterno, local onde os brônquios-fonte estão mais próximos da parede torácica. O frêmito normalmente diminui à medida que o examinador palpa para baixo, porque mais tecido impede a transmissão de som.</p> <p>O frêmito mostra-se maior sobre uma parede torácica magra do que sobre uma obesa ou com grande massa muscular, cujo tecido espesso amortece a vibração. Uma voz alta de tom grave gera mais frêmito que uma baixa e de tom agudo (BATES, BICKLEY, HOCKELMAN, 2001; JARVIS, 2002).</p> <p>Percussão: O tecido pulmonar normal apresenta som claro pulmonar com timbre grave e oco. Os sons hipersonoros indicam um aumento do ar nos pulmões ou no espaço pleural e são mais intensos e de timbre mais grave do que o claro pulmonar, sendo encontrados principalmente no pneumotórax. A percussão sobre regiões que apresentam condensação pulmonar resulta em sons maciços como ocorre na pneumonia, no derrame pleural e no tumor (BARROS et al. 2002, JARVIS, 2002).</p> <p>Ausculta</p> <p>Os sons normais são denominados de murmúrio vesicular, som brônquico e som broncovesicular. São auscultados em toda a extensão do tórax, sendo mais intenso nas bases pulmonares. Tem timbre grave e suave e é auscultado mais facilmente durante a inspiração.</p> <p>Ruídos adventícios são sons anormais que se superpõem aos sons respiratórios normais.</p> <p>Crepitações: são audíveis quando ocorre abertura súbita das pequenas vias aéreas contendo líquido. O som pode ser reproduzido esfregando uma mecha de cabelo entre os dedos. Em</p>

Continua...

**QUADRO 1-**Descrição dos atributos críticos, semiotécnica e parâmetros de avaliação de acordo com os domínios da Taxonomia da NANDA (2006).

Atributos	Semiotécnica	Parâmetros de Avaliação
<p>Função Pulmonar. (continuação).</p>		<p>geral, são auscultadas durante a inspiração, e não desaparecem com a tosse.                      Subcrepitantes: assemelham-se ao rompimento de pequenas bolhas, podendo se auscultados no final da inspiração e no início da expiração.                      Roncos: ocorrem em consequência da passagem do ar através de estreitos canais repletos de líquidos/secreções. O roncos geralmente são auscultados durante a expiração e podem desaparecer com a tosse.                      Sibilos: são ruídos musicais ou sussurrantes, decorrentes da passagem do ar por vias aéreas estreitadas. Os ruídos são auscultados tanto na inspiração quanto na expiração e, quando intensos podem ser audíveis sem estetoscópio (BARROS et al. 2002).</p>
<p>Função Cardíaca</p>	<p>Posicionar o paciente em decúbito dorsal. O examinador poderá ficar a direita ou a esquerda do paciente</p> <p>Inspeção e palpação: são efetuados simultaneamente, tendo como objetivos: visualizar as pulsações cardiovasculares, pesquisar ritmo sopro e focos árticos (POSSO, 2003). A pesquisa dos frêmitos deve ser feita com a mão espalmada sobre o precórdio, para melhor sentir as vibrações (BARROS et al, 2002).</p> <p>Ausculda do precórdio: serão avaliadas as áreas aórtico (2ª espaço intercostal direito paraesternal); área pulmonar (2ª espaço intercostal esquerdo paraesternal); área tricúspide (abaixo do apêndice xifóide); área mitral (5ª espaço intercostal esquerdo na linha mamilar ).</p> <p>A ausculta cardíaca começará a ser realizada na área apical e sobe ao longo da borda esternal esquerda até as áreas aórticas e pulmonar. Serão identificadas e avaliadas sequencialmente as bulhas normais. A primeira bulha cardíaca (B1) está relacionada ao fechamento das valvas mitral e tricúspide (valvas atrioventriculares-AV).</p>	<p>Os frêmitos serão percebidos como vibrações finas, semelhantes as vibrações observadas na “garganta de um gato miando” . Os frêmitos serão a tradução dos sopros cardíacos.</p> <p>Bulhas cardíacas: as bulhas normais, primeira B1 e segunda B2, a primeira B1 é facilmente identificada e serve de referência para o restante do ciclo cardíaco .</p> <p>A segunda bulha cardíaca B2, a válvula pulmonar geralmente apresenta um ligeiro atraso, sendo que em</p>

Continua...

**QUADRO 1-** Descrição dos atributos críticos, semiotécnica e parâmetros de avaliação de acordo com os domínios da Taxonomia da NANDA (2006).

Atributos	Semiotécnica	Parâmetros de Avaliação
Função Cardíaca (continuação)	<p>Ela marca o início da sístole (contração ventricular). É melhor ouvida com o diafragma do estetoscópio colocado sobre o ápice do coração (foco mitral) e no foco tricúspide. A segunda bulha B2 será melhor ouvida com o diafragma do estetoscópio colocado sobre a base do coração, no 2ª espaço intercostal direito parasternal (foco aórtico). Na base do coração, a B2 normal sempre é mais alta do que a B1, ao passo que ambas as bulhas, de regra, têm uma intensidade quase idêntica na altura da borda esternal esquerda, sobre o ponto de Erb, que se situa no 3º espaço intercostal esquerdo paraesternal. Usualmente, a B1 é a mais intensa das duas bulhas no ápice e ocorre logo após o pulso carotídeo ou juntamente com este. Se acaso for auscultada qualquer anormalidade, toda a superfície do tórax será reexaminada para determinar a área exata do som e sua radiação (BARROS et al, 2002; POSSO, 2003).</p> <p>O ritmo cardíaco será também avaliado pelo número de batimentos cardíacos, determinando a frequência do ritmo dos batimentos cardíacos contando-se o número de batimentos durante um minuto (BATES, BICKLEY, HOCKELMAN, 2001; PORTO, 2004,).</p>	<p>determinados componentes podem ser ouvidos separadamente (desdobramento da B2) este pode estar acentuado na inspiração e inaudível na expiração. Esta bulha é bem audível na base do coração. O componente aórtico é mais audível nas áreas aórtico e pulmonar o componente pulmonar, quando presente, é encontrado somente na área pulmonar (BARROS et al, 2002; POSSO 2003).</p> <p>Em adultos considerará de acordo com Porto, (2004) a frequência de 60 a 100 batimentos por minuto. Se houver duas bulhas caracterizará o ritmo binário, se houver uma 3ª bulha será considerado ritmo tríplice.</p>
Função Gastrointestinal	<p>Exame Abdominal:            Proceder a preparação do paciente solicitando a este que esvazie a bexiga. Posicionar o paciente em decúbito dorsal, com os joelhos dobrados e os braços ao lado do corpo (JARVIS, 2002).</p> <p>Inspeção: o examinador deverá ficar de pé a direita do paciente e inspecionar o abdome determinar o perfil desde o rebordo costal até o osso púbico. Verificar a forma, simetria, características da pele e contorno.</p> <p>Ausculta: usando o diafragma do estetoscópio pressionando-o levemente sobre a pele iniciando a ausculta no quadrante inferior direito, na região da válvula ileocecal, observando a frequência e intensidade dos ruídos intestinais. A intensidade é descrita, em geral, em termos de ruídos hipoativos ou hiperativos.</p>	<p>Quanto ao contorno, o abdome pode apresentar-se plano (em pessoas com bom tônus muscular e peso regular), arredondado (como na pessoa com musculatura flácida ou excesso de gordura), protuberante (em casos de obesidade, ascite ou distensão abdominal) ou mesmo escavado (em indivíduos magros).</p> <p>A forma do abdome pode, também, estar marcada pela presença de saliências ou de protusões localizadas que, além de alterar a simetria, podem sugerir a existência de massas, herniações ou visceromegalias (JARVIS, 2002, BARROS et al., 2002).</p>

Continua...

**QUADRO 1-** Descrição dos atributos críticos, semiotécnica e parâmetros de avaliação de acordo com os domínios da Taxonomia da NANDA (2006).

Atributos	Semiotécnica	Parâmetros de Avaliação
<p>Função gastrointestinal (continuação)</p>	<p>Percussão: foi feita a percussão suavemente nos quatro quadrantes para determinar a quantidade de timpanismo e macicez existente, para avaliar a presença de possíveis líquidos ou massas anormais.</p> <p>Palpação: dobre o joelho do paciente, ensinando o paciente a respirar lentamente; a palpação será iniciada com os quatro primeiros dedos juntos, comprimindo a pele em cerca de 1 cm, fará-se-á movimentos rotatórios e suaves, deslizando os dedos e a pele. Em seguida levantará-se-á os dedos fazendo movimentos no sentido horário até o próximo ponto do abdome. As regiões identificadas como doloridas serão examinadas por último. Posteriormente será realizada a palpação profunda usando a técnica descrita anteriormente, porém comprimindo o abdome em 5 a 8 cm com movimentos no sentido horário, explorando todo o abdome, observando a localização, tamanho, consistência e mobilidade dos órgãos palpáveis e a presença de aumentos, hipersensibilidade ou massas anormais.</p>	<p>Os ruídos intestinais têm uma tonalidade aguda, gorgorejante, em cascata e ocorrem de forma irregular, com uma frequência de 5 a 35 vezes por minuto, apresentando ruídos hipo ou hiperativos (JARVIS, 2002).</p> <p>O timpanismo deve predominar, pois o ar intestinal sobe para a superfície quando a pessoa está em decúbito dorsal (JARVIS, 2002).</p>
<p>Cavidade Oral</p>	<p>Exame da Cavidade oral:</p> <p>Ao inspecionar as estruturas da boca, foram usadas luvas e uma espátula. Observar a coloração da cavidade e o hálito. Os lábios podem apresentar deformações congênitas como, por exemplo: o lábio leporino ou adquirido como ulcerações, lesões herpéticas ou neoplásicas. Verificar a presença de rachaduras nas comissuras, que podem ser decorrentes de deficiência vitamínica. Observar também a presença de edema, que pode aparecer na síndrome nefrótica, insuficiência cardíaca, hipertireoidismo e processos alérgicos. As gengivas podem apresentar alterações como: hiperplasia gengival, retração gengival, lesões ulceradas ou hemorrágicas, além de processos infecciosos ou inflamatórios peridontais. Verificar a qualidade e a conservação dos dentes, a presença de cáries ou abalos nas suas raízes. A supuração dos alvéolos pode ocasionar a mobilidade ou a queda dos dentes. Quando o idoso fizer uso de prótese dentária observar o ajuste e a higiene da mesma.</p>	<p>A cavidade bucal é revestida pela mucosa oral, bastante vascularizada, que se deve apresentar íntegra (BARROS et al., 2002, p.120).</p> <p>O dorso da língua deve apresentar a superfície rugosa, recoberta por papilas e levemente esbranquiçada. A coloração avermelhada (hiperemia) com hipertrofia das papilas pode indicar escalartina. Na anemia perniciosa, a língua apresenta-se lisa e sem papilas e no hipertireoidismo torna-se volumosa, podendo exteriorizar-se. Na desidratação, a língua apresenta-se seca. A saburra corresponde à camada esbranquiçada que surge na língua na ausência de mastigação por 24 horas, nos tabagistas, pacientes febris e indivíduos desidratados. (BARROS et al., 2002, POSSO, 2003).</p>

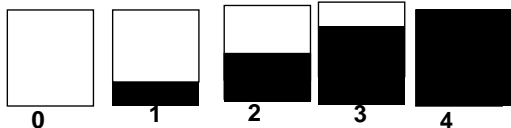
Continua...

**QUADRO 1-** Descrição dos atributos críticos, semiotécnica e parâmetros de avaliação de acordo com os domínios da Taxonomia da NANDA (2006).

Atributos	Semiotécnica	Parâmetros de Avaliação
Cavidade Oral (continuação)	Observar a língua quanto ao tamanho, coloração, ulcerações, tumorações, manchas, presença de saburra, sangramento (BARROS et al., 2002).	
Peso	Foi utilizada a balança disponível no setor, devidamente aferida e com a tara determinada, confirmando-se a marca zero. O idoso estava com o mínimo de roupa possível, sem sapatos e deve estar posicionado no centro da balança, com o peso igualmente distribuído entre os pés (BARROS et al., 2002, p.209). Para os idosos acamados os valores de peso e altura serão utilizados os referidos por eles.	Será utilizado o parâmetro de IMC
Altura	Será verificada por meio da haste milimetrada que acompanha a balança. A pessoa deve estar em pé, ereta, sem sapatos, com os dois pés unidos e todo o corpo encostado no antropômetro. Sua cabeça deve estar posicionado de modo que esta olhe horizontalmente. O esquadro deve ficar acima da cabeça, fazendo pressão suficiente para comprimir o cabelo (BARROS et al., 2002).	Será utilizado o parâmetro de IMC
Índice de Massa Corpórea (IMC)	<p>Por meio dos dados do peso e altura foi possível calcular o IMC pela formula:</p> <p>IMC: <math>\text{Peso (KG)}/\text{Estatura (m}^2\text{)}</math></p> <p>(BARROS et al., 2002, p.214).</p>	<p>Desnutrido: <math>&lt;18,5 \text{ Kg/m}^2</math></p> <p>Peso normal: <math>18,5\text{-}25 \text{ Kg/m}^2</math></p> <p>Sobrepeso: <math>25\text{-}29,9 \text{ Kg/m}^2</math></p> <p>Obesidade classe I: <math>30\text{-}34,9 \text{ Kg/m}^2</math></p> <p>Obesidade classe II: <math>35\text{-}39,9 \text{ Kg/m}^2</math></p> <p>Obesidade classe III: <math>&gt;40 \text{ Kg/m}^2</math></p> <p>(BARROS et al., 2002, p.210).</p>
Turgor	Foi verificado pela prega cutânea pinçando com o polegar e o indicador fazendo uma prega de pele que engloba o tecido cutâneo nos membros superiores (PORTO, 2004).	O turgor normal quando examinado obtém a sensação de pele hidratada e elástica que facilmente se pregueia, ao ser solta, a pele se desfaz rapidamente. Indica o conteúdo normal de água, isto é, a pele está hidratada. Sensação de pele murcha e uma pele que se desfaz lentamente traduz turgor diminuído, desidratação (POSSO, 2003; PORTO, 2004).

Continua...

**QUADRO 1-** Descrição dos atributos críticos, semiotécnica e parâmetros de avaliação de acordo com os domínios da Taxonomia da NANDA (2006).

Atributos	Semiotécnica	Parâmetros de Avaliação
Depressão	<p><b>Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage</b> (COSTA et al, 2005)</p> <p>1 - O senhor (a) está basicamente satisfeito com sua vida? (não)            2 - Abandonou muita das suas atividades e interesses? (sim)            3 - Sente que sua vida é vazia? (sim)            4 - Frequentemente sente-se enfadado ou aborrecido? (sim)            5 - Está de bom humor na maior parte do tempo? (não)            6 - Está com medo de que alguma coisa vai acontecer com o senhor? (sim)            7 - Sente-se feliz na maior parte do tempo? (não)            8 - Frequentemente sente-se desamparado? (sim)            9 - Prefere ficar em casa à noite, ao invés de sair e ver coisas novas? (sim)            10 - Sente que tem mais problemas de memória do que a maioria das pessoas? (sim)            11 - Pensa que é maravilhoso estar vivo agora? (não)            12 - Sente-se bastante inútil na sua situação atual? (sim)            13 - Sente-se cheio de energia? (não)            14 - Acredita que sua situação é sem esperança? (sim)            15 - Pensa que a maioria das pessoas está melhor do que você? (sim)</p>	<p>Atribua um ponto se a resposta coincidir com a resposta entre parênteses e compare com os valores abaixo:            Normal: até 5.            Depressão: 7 ou mais            Depressão moderada a grave: 11 ou mais            (COSTA et al., 2005)</p>
Dor	<p>Escala de copos</p>  <p>O relato de ausência de dor corresponde ao copo de número 0, e a dor insuportável está representada pelo 5ª copo o que está cheio (LACERDA et al., 2005).</p>	<p>A dor é avaliada de acordo com: sem dor, leve, moderada, intensa, insuportável (LACERDA et al., 2005).</p>

#### **4.5 - Análise e síntese dos dados /identificação dos diagnósticos de enfermagem**

Para a identificação dos diagnósticos de enfermagem foi utilizado o processo de raciocínio clínico (análise, julgamento e síntese dos dados), de acordo com Risner (1995).

Nesse processo, a análise é a fase na qual o material coletado é separado em partes e examinado criticamente. Nessa fase, existem duas etapas, a saber: categorização dos dados que são organizados de maneira lógica, sistematizada, podendo ser embasados em diferentes modelos conceituais e a identificação de lacunas de dados compreendida como a etapa onde os dados incompletos são avaliados, necessitando, às vezes, de nova coleta. A síntese é a parte onde o processo de raciocínio é realizado e compreende três fases:

- a) agrupamento de dados, relevantes.
- b) comparação dos dados agrupados com teorias, modelos e conceitos, sendo a maior etapa da síntese, cujos dados coletados sobre o paciente são interpretados e comparados com normas e padrões;
- c) identificação de desvios ou potencialidades de saúde, (inferência ou hipótese), que é a etapa do julgamento clínico onde são elaboradas as hipóteses diagnósticas, considerando as conclusões esboçadas sobre os problemas do paciente, após comparação com teorias, modelos, conceitos;
- d) proposições de relações etiológicas. Nessa etapa, os fatores que influenciam ou contribuem para a elaboração das hipóteses (inferências) são identificados (RISNER, 1995).

Após a coleta de dados, construíram-se a análise e a síntese dos dados, e em seguida repassava as para uma segunda pesquisadora, que anotava as lacunas. Logo após, as duas pesquisadoras se reuniam para discutir as divergências e encontrar um ponto em comum.

Esta etapa foi realizada da seguinte forma: um pesquisador coletou os dados e os registrou, e outro os examinou em busca de lacunas e/ou dados divergentes. Então, o primeiro pesquisador voltou ao sujeito e completou e/ou esclareceu os pontos necessários, visando aumentar a fidedignidade da coleta de dados e a acurácia das inferências diagnosticadas.

Com base nas inferências, foram identificados os diagnósticos de enfermagem, mediante utilização da Taxonomia de Diagnóstico de Enfermagem da NANDA (2006).

Durante a realização deste estudo, percebeu-se que algumas respostas apresentadas pelos sujeitos não estavam adequadamente descritas na Taxonomia II da NANDA (2006). Desta forma, foram realizadas algumas modificações que estão assinaladas em *itálico*. Trata-se de palavras e/ou expressões acrescentadas aos fatores de risco, fatores relacionados e/ou características definidoras. A Taxonomia II da NANDA (2006) tem abertura para especificar alguns itens dos diagnósticos, que foram sublinhados e colocados entre parênteses na parte específica reservada para isso. Esse procedimento é usual em estudos de perfil de DE (BRITO, 2007; MONTEFUSCO, 2007; ARAÚJO; BACHION, 2005).

#### **4.6 – Análise dos resultados**

Os diagnósticos de enfermagem foram avaliados quanto a sua distribuição (frequência simples e percentual). A discussão desses achados focalizou os títulos dos diagnósticos de enfermagem, seus fatores relacionados e características definidoras, de acordo com a Taxonomia II da (NANDA, 2006).

#### **4.7 - Aspectos éticos**

Esta pesquisa constitui parte de um subprojeto que integra o projeto “Avaliação da educação permanente para trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário da Região Centro Oeste”, aprovado pela Diretoria Geral do Hospital Escola e Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (Protocolo 171/06). O subprojeto a que nos referimos é: “Avaliação do impacto da educação permanente no atendimento de enfermagem, na perspectiva da resolução de diagnósticos de enfermagem, em grupos populacionais atendidos no hospital em estudo”. Um dos objetivos do subprojeto está sendo desenvolvido, neste estudo.

Os pacientes foram esclarecidos sobre a natureza do trabalho, objetivos e procedimentos envolvidos e concordaram em participar da pesquisa. Fornecemos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) para o aceite e assinaturas, em duas vias, sendo uma do pesquisador e a outra do pesquisado. Os que recusaram, não sofreram quaisquer prejuízos quanto ao atendimento à saúde oferecido pela Instituição. Os que aceitaram tiveram o direito de retirar os

consentimentos, sem penalidades, de acordo com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Os pesquisadores se compromissaram em apresentar os resultados encontrados à equipe de trabalhadores de enfermagem, em encontro a ser combinado de acordo com a disponibilidade dos mesmos. A divulgação da pesquisa para a comunidade científica será mediante publicação dos resultados, preservando as identidades dos sujeitos. Será entregue um volume do exemplar final da dissertação à Instituição.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista com o paciente, em condições de responder, exame físico e consulta no prontuário.

Não foi realizado nenhum tipo de procedimento invasivo, sendo respeitadas as normas de biossegurança e privacidade dos participantes. O procedimento de coleta de dados respeitou a dinâmica de funcionamento das clínicas, as condições de saúde e a disponibilidade dos sujeitos e/ou acompanhantes. Os pesquisadores realizaram a coleta de dados, procurando estabelecer vínculo e empatia com o idoso e/ou acompanhante.

Os encontros foram registrados, mediante gravação, para posterior transcrição e análise dos dados.

Embora a pesquisa junto aos idosos termine com a identificação dos diagnósticos de enfermagem, na alta, assumimos o compromisso social de encaminhar o atendimento de suas necessidades as especialidades compatíveis dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados de acordo com o perfil socioeconômico e demográfico, fatores de risco para alta e perfil de diagnósticos de enfermagem, incluindo as características definidoras e fatores relacionados identificados em idosos que receberam alta hospitalar, na clínica médica.

### 5.1 – Perfil socioeconômico e demográfico

As modificações da estrutura demográfica da população brasileira têm ocorrido em diferentes regiões e estados, apresentando particularidades no espaço e no tempo associadas às mudanças econômicas e sociais do país. Na tabela 1, é apresentado o perfil dos idosos que receberam alta da clínica.

**Tabela 1:** Distribuição das características socioeconômicas e demográficas dos idosos, na alta hospitalar da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (n=25).

<b>Características</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	18	72,0
Feminino	07	28,0
<b>Idade</b>		
60 a 69 anos	13	52,0
70 a 79 anos	11	44,0
80 ou mais	01	04,0
<b>Estado civil</b>		
Casado	16	64,0
Separado/divorciado	05	20,0
Solteiro	02	8,0
Viúvo	02	8,0
<b>Religião</b>		
Católico	20	80,0
Evangélico	05	20,0

Continua...

**Tabela 1:** Distribuição das características socioeconômicas e demográficas dos idosos, na alta hospitalar da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (n=25).

<b>Escolaridade</b>		
Sem instrução e menos de 1 ano	15	60,0
1 a 3 anos de instrução	07	28,0
4 anos ou mais	03	12,0
<b>Renda Mensal</b>		
Sem rendimento	02	8,0
Até 1 salário mínimo	13	52,0
> 1 salário mínimo	10	40,0

Houve o predomínio do sexo masculino (72,0%). De acordo com os pesquisadores, na área de saúde, os homens se internam mais por estarem expostos a vários fatores de risco, como: uso de tabaco, bebidas alcoólicas, violência que podem levá-los a desenvolverem doenças (BRASIL, 2002; NAKATANI et al., 2003; AMARAL et al., 2004; OMS, 2005). Esse dado é semelhante ao encontrado por Loyola Filho et al., (2004) que utilizou informações do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), em 2001.

Dos idosos participantes do estudo, 52,0% pertenciam à faixa etária de 60 a 69 anos, 44,0% de 70 a 79 anos e 4,0% na faixa de 80 anos ou mais. Estudos, realizados no Brasil, mostraram que a maioria da população idosa pertencia a faixa etária de 60 a 69 anos, e aumento na faixa etária de 70 a 79 anos (BRASIL, 2002; NUNES; NAKATANI, 2006). Isso justifica a freqüência de internações na faixa etária de 60 a 79 anos.

Quanto ao estado civil, 64,0% eram casados, 20,0% separados e 8,0% viúvos. Estudos demonstram que a maioria dos idosos eram casados, embora haja uma tendência dos homens serem casados e as mulheres viúvas (NAKATANI et al., 2003, BRASIL, 2002). Como na amostra predominou o sexo masculino, explica-se o fato de serem casados.

Em relação à religião, 80,0% professavam o catolicismo e 20,0% eram evangélicos. Os resultados referentes à prevalência do catolicismo, assemelham-se ao estudo de Cação et al., (2002) realizado com idosos atendidos em um ambulatório de São Paulo, onde 72,5% eram católicos. Autores afirmam que a prática de uma religião, pelo idoso, permite-lhe restabelecer um elo entre as limitações e o aproveitamento de suas potencialidades ou, quando isso não ocorre, ajuda-o a vencer com mais facilidade essa última etapa da vida (CHAIMOVICZ, 2006; NAKATANI et al.; 2003).

Dentre os idosos que receberam alta, 60,0% não eram escolarizados, 28,0% freqüentaram de um a três anos a escola e 12,0% tinham quatro anos ou mais de instrução. Os idosos referiram ter baixa escolaridade por trabalharem na zona rural, durante a infância. A característica destes idosos se assemelha a encontrada em outros idosos brasileiros (BRASIL, 2002).

Quanto à renda mensal, 52,0% dos idosos recebiam até um salário mínimo, 40,0% mais de um salário mínimo e 8,0% não possuíam renda. Segundo dados do Censo Demográfico de 2000, os idosos brasileiros apresentaram renda mensal de um salário mínimo (BRASIL, 2002). A baixa renda mensal interfere na qualidade de vida do idoso, em atividades de lazer, alimentação e vestuário e medicamentos.

Conhecer o perfil de idosos na alta hospitalar, subsidiará o planejamento de ações assertivas, a partir da identificação das fragilidades e potencialidades do idoso, para dar continuidade do cuidado após alta hospitalar.

## **5.2 – Perfil de diagnósticos de enfermagem identificados em idosos que receberam alta hospitalar na clínica médica.**

A apresentação e análise dos diagnósticos de enfermagem foram feitos por domínios, favorecendo assim identificar as áreas de conhecimento necessárias, para desenvolver assistência eficiente e eficaz ao idoso, no momento da alta hospitalar.

A tabela 2 apresenta a freqüência de idosos que apresentaram diagnósticos de enfermagem, no processo de alta, conforme os domínios da Taxonomia II (NANDA, 2006).

**Tabela 2:** Distribuição das categorias diagnósticas, por classe e domínio (n=64), em idosos no período de alta hospitalar da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007.

Domínios	f	%	Diagnóstico de enfermagem	f	%
<b>Promoção da Saúde</b>	25	100,0	Disposição para o controle aumentado do regime terapêutico	16	64,0
			Disposição para nutrição melhorada	13	52,0
			Controle eficaz do regime terapêutico	11	44,0
			Controle comunitário ineficaz do regime terapêutico	1	4,0
<b>Segurança e proteção</b>	25	100,0	Dentição prejudicada	24	96,0
			Risco de Infecção	17	68,0
			Risco de quedas	12	48,0
			Integridade da pele prejudicada	5	20,0
<b>Percepção e cognição</b>	24	96,0	Conhecimento deficiente sobre a doença	15	60,0
			Percepção sensorial (visual, olfativa, auditiva e tátil) perturbada	12	48,0
			Disposição para conhecimento aumentado quanto aos cuidados para alta	3	12,0
			Conhecimento deficiente sobre o tratamento	2	8,0
			Comunicação verbal prejudicada	2	8,0
			Disposição para conhecimento aumentado sobre a doença	2	8,0
			Conhecimento deficiente em relação à atividade física	1	4,0
			Conhecimento deficiente sobre comportamento de busca de saúde	1	4,0
			Conhecimento deficiente em relação aos recursos que não podem ser utilizados	1	4,0
			Conhecimento deficiente sobre os cuidados para alta	1	4,0
			Perambulação	1	4,0
			Memória prejudicada	1	4,0
<b>Auto percepção</b>	22	88,0	Disposição para autoconceito melhorado	20	80,0
			Risco de solidão	4	16,0
			Risco de sentimento de impotência	2	8,0
			Distúrbio da imagem corporal	1	4,0
			Desesperança	1	4,0

Continua...

**Tabela 2:** Distribuição das categorias diagnósticas, por classe e domínio (n=64), em idosos no período de alta hospitalar da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007.

<b>Domínios</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>Diagnósticos de enfermagem</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Relacionamento de papéis</b>	22	88,0	Disposição para processos familiares melhorados	19	76,0
			Desempenho de papel de mãe ineficaz	2	8,0
			Processos familiares interrompidos	2	8,0
			Interação social prejudicada	1	4,0
<b>Enfrentamento/ tolerância ao estresse</b>	22	88,0	Disposição para enfrentamento aumentado	20	80,0
			Ansiedade	6	24,0
			Enfrentamento ineficaz	1	4,0
<b>Atividade/repouso</b>	21	84,0	Mobilidade física prejudicada	8	32,0
			Fadiga	7	28,0
			Risco de intolerância à atividade	6	24,0
			Risco padrão respiratório ineficaz	5	20,0
			Padrão de sono perturbado	5	20,0
			Intolerância à atividade	4	16,0
			Deambulação prejudicada	3	12,0
			Débito cardíaco diminuído	3	12,0
			Estilo de vida sedentário	3	12,0
			Déficit de autocuidado para banho/ higiene	2	8,0
			Déficit no autocuidado para higiene íntima	2	8,0
			Déficit de autocuidado para vestir-se / arrumar-se	2	8,0
			Ventilação espontânea prejudicada	2	8,0
			<b>Risco de ventilação espontânea prejudicada</b>	1	4,0
			<b>Eliminação e troca</b>	12	48,0
Incontinência urinária funcional	4	16,0			
Constipação	2	8,0			
Diarréia	1	4,0			
Disposição para eliminação urinária melhorada	1	4,0			
Risco de incontinência urinária de urgência	1	4,0			
<b>Risco para incontinência fecal eventualmente</b>	1	4,0			
<b>Nutrição</b>	7	28,0	Disposição para equilíbrio de líquidos aumentado	4	16,0
			Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	1	4,0
			Risco de volume de líquidos deficiente	1	4,0
			<b>Risco de nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais</b>	1	4,0
<b>Conforto</b>	7	28,0	Dor aguda	5	20
			Isolamento social	1	4,0
			<b>Risco de dor aguda</b>	1	4,0
<b>Sexualidade</b>	6	24,0	Disfunção sexual	3	12,0
			Padrão sexualidade ineficaz	2	8,0
<b>Princípios de vida</b>	1	4,0	Disposição para bem-estar espiritual aumentado	1	4,0
			Disposição para religiosidade aumentada	1	4,0

Todos os idosos entrevistados apresentaram diagnósticos de enfermagem no domínio de **Promoção de Saúde**. Trata-se de uma área do conhecimento nova, sendo incluída na NANDA, em 2001, conferindo então, um desafio compreendê-la e desenvolver estratégias mais adequadas para aumentar o bem-estar da população. Esse desafio enquanto política iniciou com a implantação da Estratégia de Saúde da Família na atenção básica que objetiva promover comportamentos de busca de saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2006b).

A maioria dos idosos apresentou respostas humanas referentes à busca de saúde, 64,0% referiam disposição para o controle aumentado do regime terapêutico, 52,0% disposição para nutrição melhorada, 44,0% controle eficaz do regime terapêutico. Essas respostas estão relacionadas a comportamentos e habilidades, para promover a saúde no ambiente domiciliar, sendo importante no processo de alta, manter orientações a essas populações, garantindo assim a continuidade do tratamento e melhoria da qualidade de vida. Nesta categoria, somente 4,0% dos pesquisados manifestaram controle comunitário ineficaz do regime terapêutico, demonstrando que ainda existem vários desafios para a consolidação da atenção básica, no Município de Goiânia.

O enfermeiro ocupa posição singular nos serviços de saúde, pois, geralmente, ele é o primeiro profissional que tem contato com o cliente que busca atenção por meio da demanda espontânea nos serviços básicos. A assistência de enfermagem não se limita em ajudar o paciente, mas também orientar a família e a comunidade (OPAS, 2001).

Para ajudar o paciente que não está inserido na atenção básica, o enfermeiro deve ter visão ampla e empreendedora, respeitando tanto a coletividade quanto a individualidade, de forma a desenvolver estratégias que possibilitem criação de

vínculos. Cumprindo o papel da estratégia de saúde da família, ou seja, promovendo a saúde por meio de ações básicas que possibilitem a incorporação de ações programáticas de forma abrangente e efetiva a todos os pacientes.

O domínio **Segurança e Proteção** também foi encontrado em 100,0% dos idosos. Nesse domínio o diagnóstico real mais prevalente foi dentição prejudicada (96,0%), enquanto que no diagnóstico de risco, foi o risco de infecção (68,0%). Os desvios das respostas apresentadas, nesse domínio, sempre estarão presentes, devido às modificações fisiológicas comuns do envelhecimento como as alterações do aparelho cardíaco, respiratório, cognitivo e enfraquecimento músculo-esquelético. Sendo motivo de atenção profissional no momento da alta, tanto para encaminhamentos aos centros especializados em Odontologia, quanto ao acompanhamento na atenção básica, visando prevenção de agravos e possíveis reinternações.

O domínio de **Percepção e Cognição** esteve presente em 96,0% dos idosos. Diante das alterações próprias do envelhecimento, faz-se necessário a criação de mecanismos de proteção que sejam culturalmente constituídos pelo próprio idoso, família e comunidade.

No domínio de percepção e cognição, diagnóstico de conhecimento deficiente fez um total de 84,0%, podendo ser justificado pela amostra ser constituída de 60,0% de idosos sem instrução ou menos de um ano. Neste estudo nenhum idoso era portador de demência.

No domínio de **autopercepção**, 88,0% dos entrevistados apresentaram respostas humanas. O diagnóstico de maior prevalência foi disposição para o autoconceito melhorado (80,0%), demonstrando individualidade do idoso frente aos processos de saúde-doença.

Algumas pesquisas ressaltam a associação entre idade e a autopercepção de saúde dos idosos, em ambos os sexos. O aumento da idade entre as pessoas idosas estava relacionado a uma percepção da saúde ruim, tanto para os homens quanto para as mulheres idosas. Estes podem superestimar a sua condição de saúde, para mostrar auto-suficiência, por medo de institucionalização e dependência de cuidados (FERRARO; FARMER; WYBRANIEC, 1997; DENTON; WALTERS, 1999).

Individualidade do idoso deve ser fator primordial no planejamento das ações, para a garantia do autocuidado no ambiente domiciliar.

O domínio de **Relacionamento de Papéis** foi verificado em 88,0% da amostra. A maioria dos idosos apresentou a resposta humana disposição para processos familiares melhorados (88,0%), evidenciando que tais respostas relacionavam-se com a família.

A família é uma instituição social cuja estrutura dinâmica está sujeita às pressões de seu meio cultural, econômico e político, sendo influenciada pela interação de diversas unidades familiares, área geográfica, nível socioeconômico e etnias (AYÉNDES, 1994).

Leme e Silva (2002) relataram mudança no núcleo familiar, no qual os casais diminuíram a quantidade de filhos. Há quarenta anos atrás as famílias tinham cinco ou mais filhos. Quando adultos tinham condições básicas para cuidar dos seus pais. Com a progressiva diminuição do tamanho das famílias, é de se esperar que a gravidade do abandono dos idosos seja uma situação que venha a se transformar numa verdadeira epidemia mundial, nas próximas décadas, resultando em processos familiares interrompidos.

A família pode contribuir ou prejudicar a relação do indivíduo com a comunidade, a partir do momento em que o idoso dependente deixa de participar do convívio social, devido as diversas atribuições da família, resultando em isolamento social.

Verificar os diagnósticos do domínio de relacionamento de papéis é fundamental para o preparo da alta hospitalar. O enfermeiro precisa orientar o cuidador ou familiar a intervir adequadamente no processo saúde-doença. Deve ter em mente que a família é a garantia da continuidade dos cuidados, no ambiente domiciliar, sendo que na sua ausência, o cuidador assume a mesma responsabilidade.

Entre os entrevistados, 88,0% apresentaram respostas humanas no domínio de **Enfrentamento/tolerância ao Estresse**, sendo que 80,0% relataram a resposta disposição para enfrentamento aumentado. Este diagnóstico demonstra as dificuldades enfrentadas diariamente pelo idoso, após a internação, e diante de modificações no estado de saúde que colocam em evidência a tolerância da pessoa, diante de determinada situação de riscos.

Bernbaun et al. (1989) comparam a fragilidade da criança a do idoso quando sai de alta, e carece de cuidados especiais, às vezes dependendo de algum tipo de tecnologia, como por exemplo: oxigenoterapia, traqueostomia, dieta para alimentação, dentre outras. Os autores afirmam que ambos tornam-se o centro da família e acarretam dificuldades no dia-a-dia, problemas financeiros e fatores estressantes que geram discórdias entre os membros da família.

A alta é estressante para o idoso e a família. As incertezas, quanto ao tratamento, contribuem para a expectativa do enfrentamento. A chegada do idoso no ambiente domiciliar altera o estilo de vida dos familiares, em muitos aspectos. A

necessidade de mais tempo para cuidados com o idoso, e a delegação da função do cuidador, implicam em estresse muito grande, que afeta todos os membros da família.

O domínio de **Atividade e Repouso** foi manifestado em 84,0% dos entrevistados, refletindo o comprometimento dos idosos no desenvolvimento de atividades cotidianas normais, sendo confirmado por meio do diagnóstico de mobilidade física prejudicada (32,0%).

A hospitalização é considerada de grande risco, especialmente, para as pessoas idosas devido a pluripatologias que comprometem a capacidade funcional do idoso. Isso foi evidenciado por Siqueira et al. (2004) que avaliaram o idoso na admissão e alta hospitalar, mostrando que 19,1% pioraram funcionalmente, durante a internação, fator que interferiu na sua independência e autonomia.

O presente estudo mostrou que na alta hospitalar, 16,0% dos idosos apresentaram comprometimento de suas atividades funcionais não conseguindo deambular, saindo de cadeira de rodas. Fica evidente que a alta deve refletir na busca de saúde, fazendo-se necessária uma rede de apoio com o objetivo de realizar intervenções de reabilitação, em caso de comprometimento da capacidade funcional. Assim, tanto o paciente quanto os cuidadores terão melhores condições de se adaptarem à realidade em que se encontram prevenindo, assim, as reinternações.

O domínio da **Eliminação e Troca** esteve presente em 48,0% dos idosos, e os diagnósticos mais prevalentes foram a incontinência urinária funcional (16,0%) e eliminação urinária prejudicada (16,0%).

O idoso pode apresentar disfuncionalidade nas respostas humanas, por fatores fisiológicos, psicológicos, mudança da rotina que diminuem a sua independência.

As respostas humanas que estão inseridas, neste domínio, devem ser verificadas pelo enfermeiro de forma sistemática, envolvendo os familiares nas orientações e condutas ainda no ambiente hospitalar, promovendo a inserção do idoso na comunidade, e prevenindo problemas graves que possam atingir os outros domínios. Condutas simples como exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico, mudança de alimentação, iluminação adequada podem ser ensinadas ao idoso de forma a desenvolver comportamentos saudáveis, que serão garantia de bem-estar.

O domínio de **Nutrição** foi apresentado em 28,0% da população estudada, no qual a maioria referiu o diagnóstico disposição para equilíbrio de líquidos aumentado (16,0%). A hidratação dos idosos merece atenção especial, pois a sensação de sede está diminuída, levando-os a uma menor ingestão de líquidos.

A água, muitas vezes, é esquecida, devido ao declínio da sensação de sede e da excessiva perda de fluidos. Isso pode desencadear desconfortos como uma elevação da temperatura corporal, constipação, náuseas e vômitos, secura das mucosas, diminuição de excreção da urina e confusão mental (ABBASI, 2002; SALGADO, 2002).

A nutrição desequilibrada menor que as necessidades corporais esteve presente em 4,0% dos idosos pesquisados. Rodrigues e Diogo (1996) afirmam que a não-ingestão de uma alimentação adequada, por muitos idosos, pode ser motivada por diversos fatores, incluindo falta de dinheiro, deficiência física, incapacidades nas atividades diárias, sentimentos de solidão e tratamentos de quimioterapia e radioterapia. Esses fatores aceleram a desnutrição e o processo envelhecimento,

diminuem as condições de defesa orgânica, favorecendo o aparecimento de infecções.

A nutrição é um domínio que deve ser verificado com cautela diariamente, pela família ou cuidador, pois os desvios nas respostas humanas como por exemplo: risco de nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais e risco de volume de líquidos deficientes quando não corrigidas em tempo hábil, e de forma adequada, verificando problemas cardíacos ou outros em que deve haver restrição a ingesta hídrica, pode colocar em risco a saúde do idoso. São várias as respostas nesse domínio, sendo que o efeito cumulativo de desajustes na alimentação e hidratação interfere em todos os outros domínios.

No domínio **Conforto** estão inseridos o bem-estar físico e social. Esses diagnósticos foram encontrados em 28,0% dos idosos, havendo prevalência do diagnóstico de dor aguda (20,0%). Esta resposta humana é motivo de preocupação, pois a alta prevalência de dor, em idosos, está associada a desordens crônicas, particularmente o aumento na incidência de câncer, a necessidade de procedimentos cirúrgicos, as úlceras de pressão e as doenças cardiovasculares (KEDZIERA, 2001).

Os idosos que apresentaram dor no momento da alta estavam com prescrição de analgésicos. Neste estudo 20,0% dos idosos estavam fazendo tratamento de câncer, um idoso apresentava lupus e reumatismo e dois idosos foram acometido por neuropatia diabética.

O bem-estar pode ser avaliado por meio do relato verbal de ausência ou presença de dor. A sensação de bem-estar refere-se ao estado de equilíbrio entre o ambiente que rodeia o idoso, o seu meio interno e todos os outros fenômenos pessoais, presentes em todos os níveis (BERGER, 1995).

Uma forma de conforto pouco conhecida e valorizada pelos profissionais de saúde é o conforto social, apresentado no diagnóstico de isolamento social, que na população estudada foi demonstrado em 4,0% dos idosos.

As respostas de comprometimento do bem-estar físico necessitam ser resolvidas, diagnosticadas, mensuradas, avaliadas e devidamente tratadas pelos profissionais de saúde, ainda no ambiente hospitalar, com uso de medicamentos prescritos também para o domicílio e encaminhamentos à atenção básica para manutenção do conforto, minimizando a morbidade e melhorando a qualidade de vida (GOLD; ROBERTO, 2000).

Neste estudo, o domínio da **Sexualidade** foi apresentado em 24,0% de idosos. A sexualidade é reconhecida atualmente como um dos pilares da qualidade de vida, sendo a sua abordagem cada vez mais valorizada, e de difícil discussão por parte do idoso (LOPES, 2003; FAVARATO et al., 2000).

Esse fato explica o pequeno número de diagnósticos encontrados nessa área, sendo observados nos domínios que retratavam alterações biológicas envolvendo o aparelho cardiovascular, respiratório e cognitivo foi encontrado um número maior de respostas humanas, enquanto que os envolvidos na área da sexualidade ainda são vistos, pelo idoso, como próprios das alterações ocorridas no processo do envelhecimento, como demonstrado pelos diagnósticos de disfunção sexual 4,0% e padrão de sexualidade ineficaz 4,0%.

O envelhecimento acarreta várias transformações, entre elas: a dinâmica dos processos de formação da afetividade, da intimidade e da sexualidade que podem ser trabalhados com o idoso antes da alta de forma a garantir a privacidade e individualidade do paciente, garantindo a correção dos desvios das respostas

apresentadas, nesta área, pois o enfermeiro só será capaz de contribuir na resolução das dificuldades do idoso se houver empatia nas relações estabelecidas.

O domínio de **Princípios da Vida** refere-se aos valores e crenças e a relação entre eles (NANDA, 2006). Dentre esses valores, destaca-se a religião, sendo encontrada, neste estudo, 4,0% de diagnósticos, dentre os idosos pesquisados.

Quando estamos próximos à velhice, inicia-se o ciclo cósmico, ou seja, é o momento em que há uma capacidade maior de discernimento. A visão do sentimento global do seu processo resulta, então, no encontro do significado profundo da vida o encontro do *Self* que está inserido na alma, mistério, Deus-imagem dentro, a essência básica que não pode ser conhecida (JUNG, 1988).

A tendência crescente da enfermagem em ver o indivíduo numa perspectiva holística gera questionamentos sobre sua assistência. O preceito básico do holismo é que o todo individual (corpo, mente e espírito) é mais do que a soma de suas partes, essas dimensões interagem e, assim, tratando uma delas, as demais serão atingidos. Embora esta interdependência exista, as intervenções de enfermagem são escolhidas e implementadas, segundo as alterações associadas a cada dimensão. A dimensão espiritual é parte integrante do indivíduo, sendo importante para os enfermeiros avaliá-la e intervir, quando necessário (BENKO; SILVA, 1996).

Embora o idoso não precise da igreja para desenvolver sua espiritualidade, esta deve ser mantida, desde que se constitua em um desejo do idoso. Podemos observar que, neste estudo, os idosos não apresentaram modificações de crenças, valores ou desvios de respostas frente à internação, sendo por isso, justificada a disposição para melhorar os comportamentos ou pensamentos voltados à espiritualidade, demonstrados nos diagnósticos de disposição para bem estar espiritual aumentado e disposição para religiosidade aumentada.

Aplicar a sistematização da assistência de enfermagem, na visão holística, utilizando os domínios da Taxonomia II da NANDA, permitirá ao enfermeiro identificar os domínios mais comprometidos na alta hospitalar, sendo capaz de planejar seus cuidados, direcionando-os conforme as necessidades do paciente, frente às respostas humanas apresentadas, auxiliando no planejamento da promoção de saúde, prevenção de agravos, reabilitação e cura da doença.

Esse planejamento deve ser feito junto aos familiares e cuidadores, com ações que promovam o convívio agradável, segurança e bem-estar nos cuidados domiciliares e inserção do idoso na comunidade. A assistência ao idoso deve prezar pela manutenção da qualidade de vida e as possibilidades de prevenção, manutenção e reabilitação de seu estado de saúde, diante das perdas próprias do envelhecimento. O enfermeiro necessita desenvolver competências para planejar ações de bem-estar, conforto físico, mental e social ao idoso, no momento da alta; tarefa que deve ser dividida com a equipe multiprofissional, por meio de encaminhamento e sistemas de referência e contra-referência.

### **5.2.1 – Diagnósticos de enfermagem no domínio – Promoção da Saúde.**

O domínio promoção de saúde engloba nove diagnósticos de enfermagem, que, em sua maioria, referem-se aos julgamentos clínicos relativos ao comportamento de busca e manutenção da saúde. Neste domínio, os diagnósticos de enfermagem são inseridos somente com as características definidoras, por apresentarem um padrão de controle suficiente para satisfazer as necessidades, podendo ser reforçados.

A Organização Mundial de Saúde lançou o novo paradigma do envelhecimento ativo, que descreve os fatores determinantes relacionados aos sistemas de saúde e serviços sociais que promoverão melhor perspectiva do curso de vida, prevenção de doenças e acesso equitativo a cuidados de saúde quer sejam primários ou de longo prazo (OMS, 2005).

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos diagnósticos de enfermagem (DE) dos idosos no domínio de promoção de saúde da Taxonomia II da NANDA, (2006).

**Tabela 3** - Diagnósticos de enfermagem de bem-estar e características definidoras do domínio-**Promoção de Saúde**, na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro 2007 (n=25).

<b>Diagnósticos</b>	<b>f (%)</b>	<b>Características definidoras</b>	<b>f (%)</b>
Disposição para o controle aumentado do regime terapêutico	16 (64,0)	Escolhas do dia-a-dia adequadas para satisfazer os objetivos do tratamento ou prevenção	9 (56,2)
		Expressa desejo de controlar o tratamento da doença e a prevenção de seqüelas	7 (43,7)
		Expressa pouco ou nenhuma dificuldade em regular um ou mais regime de tratamento prescrito para a doença ou prevenção de complicações	1 (6,2)
Disposição para nutrição melhorada	13 (52,0)	Expressa desejo de melhorar sua nutrição	7 (53,8)
		Ingere alimentos e líquidos adequados	4 (30,7)
		Alimenta-se regularmente	1 (7,6)
		Sua atitude em relação a comer e beber coincide com seus objetivos alimentares	1 (7,6)
		Expressa conhecimentos sobre alimentos e líquidos saudáveis	1 (7,6)
Controle eficaz do regime terapêutico	11 (44,0)	Escolhas apropriadas de atividades diárias para atingir os objetivos de um programa de tratamento ou prevenção	10 (90,9)
		Verbalizar desejo de controlar tratamento da doença e a prevenção de seqüelas.	1 (9,0)
Controle comunitário ineficaz do regime terapêutico	1 (4,0)	Os recursos da assistência à saúde são insuficientes para incidência ou prevalência das doenças	1 (100,0)

A categoria diagnóstica **disposição para o controle aumentado do regime terapêutico** foi identificada em 16 idosos (64,0%). Segundo a NANDA esta

categoria é “um padrão para regular e integrar no dia-a-dia programa (s) de tratamento de doenças e suas seqüelas que é suficiente para alcançar objetivos relacionados à saúde e que pode ser reforçado” (NANDA, 2006, p.65).

Durante a hospitalização, observou-se que os idosos desejavam ou expressavam estratégias no dia-a-dia para promover o seu tratamento e recuperação. Por meio da educação em saúde, pode-se desencadear mudanças de comportamento individual para que o idoso estabeleça essa resposta como prioridade na sua vida.

Para isto, é essencial que o indivíduo seja conscientizado, durante todas as fases da vida, preparando-o com orientações saudáveis, prática de exercícios físicos, ausência de vícios (etilismo e tabagismo), postergando, assim, enfermidades crônicas e agravos que afetam a saúde (BUSS, 2000).

O diagnóstico **disposição para nutrição melhorada** ocorreu em 13 indivíduos (52%). É definido como “um padrão de ingestão de nutrientes que é suficiente para satisfazer as necessidades metabólicas e que pode ser reforçado” (NANDA, 2006, p.166).

Esse diagnóstico foi caracterizado por expressar desejo de melhorarem sua nutrição (53,8%), ingerem alimentos e líquidos adequados (30,7%), alimentam-se regularmente (7,6%), suas atitudes, em relação a comer e beber coincidem com seus objetivos alimentares (7,6%), expressam conhecimentos sobre alimentos e líquidos saudáveis (7,6%).

Os pesquisados apresentavam principalmente problemas cardiovasculares (52,0%) e diabetes (28,0%). Tais enfermidades precisam de mudanças nos hábitos alimentares a fim de melhorar o quadro clínico. Por isso, 53,8% destes expressaram

desejo em melhorar sua nutrição para diminuir os sinais e sintomas das patologias apresentadas.

Entre os idosos, 11 (44,0%) apresentaram o **controle eficaz do regime terapêutico**. Este refere ao “padrão de regulação e integração à vida diária de um programa de tratamento de doenças e suas seqüelas que é satisfatório para atingir objetivos específicos de saúde” (NANDA, 2006, p.67).

Esse diagnóstico foi caracterizado por escolhas apropriadas de atividades diárias, para atingir os objetivos de um programa de tratamento ou prevenção (90,9%), e verbalizar o desejo de controlar o tratamento da doença e a prevenção de seqüelas (9,0%).

Esta resposta humana foi apresentada por idosos que relataram ter equipes de Saúde da Família no setor onde residem, evidenciando que esta estratégia colabora na manutenção da saúde da comunidade.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) trata-se de serviços e ações de saúde, bem como sua relação com a comunidade nos diversos níveis de assistência. Essa estratégia assume o compromisso de prestar assistências universais e integrais, equânimes, contínuas e resolutivas à população, tanto nas unidades de saúde quanto nos domicílios, identificando os fatores de risco aos quais está exposta e intervindo de forma apropriada (SOUZA, 2000).

A busca de melhorias de saúde deve-se à implantação da Estratégia de Saúde da Família que funciona como elo entre pacientes e profissionais de saúde, nos âmbito individual e coletivo, a fim de abranger a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2006b).

Mesmo almejando alcançar à proteção e prevenção da saúde, há falhas tanto no sistema de referência como no sistema de contra-referência, com elevado fluxo de atendimento e prioridades dos programas. Não existem programas específicos para a pessoa idosa, ela geralmente está inserida nos programas de hipertensão e diabetes. Quanto ao idoso sadio, não há medidas específicas que promovam a saúde, estimulando a prevenção da autonomia e independência.

O Ministério da Saúde vem desenvolvendo esforços na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, investindo na construção de um modelo que priorize ações de melhoria da qualidade de vida que são os Pactos de Saúde (BRASIL, 2006c).

Entre as macros prioridades do Pacto, há relevância no aprimoramento de atendimento à saúde do idoso por meio de Estratégias de Saúde da Família, possibilitando ao enfermeiro o acesso a essa população por meio do programa Saúde do Idoso, enfatizando a importância das atividades físicas, promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controles de tabagismo e de bebidas alcoólicas e cuidados especiais voltados ao processo do envelhecimento. Como essas medidas foram pactuadas recentemente este programa, ainda não foi implantado em todas as equipes (BRASIL, 2006c).

O diagnóstico **controle comunitário ineficaz do regime terapêutico** foi encontrado em um idoso (4,0%). Define-se como: um “padrão de regulação e integração na vida diária de um programa de tratamento e seqüelas de doenças que é insatisfatório para atingir objetivos específicos de saúde” (NANDA, 2006, p.69).

Essa resposta foi manifestada por que os recursos da assistência à saúde são insuficientes para incidências ou prevalências das doenças (100,0%). Somente um idoso apresentou esse diagnóstico, afirmando que embora sua região fosse

coberta pela Estratégia de Saúde da Família, os serviços dispostos pela unidade básica não eram utilizados por ele, resultado de desentendimentos pela posse de terreno no passado, entre a família e comunidade. Como reflexo a família queixa que só recebe visitas eventuais dos agentes comunitários de saúde.

Entre os desafios enfrentados pelo enfermeiro inserido na atenção básica estão: a necessidade de criar vínculos e desenvolver relacionamentos duradouros. Fazer parte de uma equipe multiprofissional e unir forças, com o propósito de proporcionar bem-estar aos pacientes, torna-se fator primordial para os trabalhadores da atenção básica, demonstrando com isso o compromisso e a coresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade, ampliando a resolutividade e reorganizando o sistema de saúde.

A equipe de enfermagem, no processo de alta, deve estabelecer um elo de comunicação eficiente e eficaz com o paciente, comunidade e outros profissionais da saúde, para manter a assistência prestada ao idoso, garantindo a permanência do idoso na comunidade e continuidade da educação em saúde, facilitando a aderência aos programas de saúde, e a construção e manutenção do sistema de saúde integrado e resolutivo.

### **5.2.2 – Diagnósticos de enfermagem no domínio – Segurança/Proteção.**

De acordo com NANDA (2006, p. 268) este domínio é definido como: “estar livre de perigo, lesão física ou dano do sistema imunológico; preservação contra perdas; e proteção da segurança e seguridade”. Neste, estão inseridas seis classes que totalizam 28 diagnósticos. Foram identificados, entre os idosos, quatro

diagnósticos referentes às classes de infecção e lesão física, sendo apresentado na Tabela 4 os diagnósticos reais.

**Tabela 4** - Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras e fatores relacionados do domínio – **Segurança e Proteção**, na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).

Diagnósticos	f (%)	Fatores relacionados	f (%)	Características definidoras	f (%)
Dentição prejudicada	24(96,0)	Barreira econômica ou de acesso ao cuidado profissional	13 (54,1)	Ausência de alguns ou de todos os dentes	15 (62,5)
		Uso crônico de tabaco e café	11 (45,8)	Perda de dentes	9 (37,5)
		Higiene oral ineficaz	8 (33,3)	Dor de dente	2 (8,3)
		Falta de conhecimento sobre a saúde dental	8 (33,3)	Dentes desgastados ou estragados	1 (4,1)
		Uso de alguns medicamentos prescritos	1 (4,1)		
Integridade da pele prejudicada	5 (20,0)	Alterações metabólicas	2 (40,0)	Destruição das camadas da pele	4 (80,0)
		A fatores mecânicos (cirurgia)	1 (20,0)	Rompimento de superfície da pele	1 (20,0)
		Alterações no turgor da pele	1 (20,0)		
		Circulação alterada	1 (20,0)		

O diagnóstico mais freqüente, neste domínio, foi **dentição prejudicada** (96,0%). Este é definido como: “distúrbios nos padrões de desenvolvimento/erupção dentária ou da integridade estrutural dos dentes de um indivíduo” (NANDA, 2006, p.79).

Durante o envelhecimento, a cavidade oral apresenta mudanças no funcionamento normal e/ou patológico de suas estruturas. Algumas dessas alterações são observadas em consequência das manifestações de doenças sistêmicas, hábitos dietéticos, deficiências nutricionais, efeitos colaterais pelo uso de fármacos, repercutindo no funcionamento dos tecidos periodontais, na dentição, glândulas salivares e mucosas orais (SILVA; SAINTRAIN, 2006).

O fator relacionado predominante foi barreira econômica ou de acesso ao cuidado (54,1%). Antigamente, não se investia no tratamento dentário das pessoas idosas. Elas buscavam o dentista apenas para realizar tratamentos paliativos, e principalmente, para fazerem extrações dos dentes que as incomodavam (MUSSE, 2004). Aliado a isto, a falta de conhecimento sobre a saúde bucal, dificuldade de acesso ao profissional e econômicas desestimulavam a procura pelo tratamento dentário. A barreira do idoso em promover o cuidado de sua saúde bucal aparece por ocasião da decisão/adoção de determinado plano de tratamento, que se de um lado objetiva combater a doença/patologia do outro lado se vê sem condições financeiras (MELLO; ERDMANN, 2007).

Dentre as características definidoras do diagnóstico **dentição prejudicada** encontrou-se ausência de alguns ou de todos os dentes (62,5%) ou perda de dentes (37,5%). Alguns dos problemas de saúde que afetam os idosos incluem as cáries dentárias, as doenças periodontárias que causam a perda de dentes. Cerca de 40,0% da população idosa é desdentada. Todavia, o índice de adultos desdentados está decrescendo, devido à oferta acentuada de melhor tratamento atualmente disponível para a população, em geral (ABBASI, 2002).

A falta de dentes (edentulismo) induz dificuldades na mastigação dos alimentos, tornando difícil fazer uma dieta regular, aumentando a probabilidade de desnutrição. A colocação de próteses dentárias reduz a sensação do paladar, e não restaura completamente a capacidade de mastigar (ABBASI, 2002; BRUNETTI; MONTENEGRO; MANETTA, 2002).

Nesse estudo, observou-se que a maioria dos idosos possuía dentição prejudicada evidenciada pela ausência de dentes. Estudos populacionais realizados com idosos mostraram que 56,0% eram edêntulos. Diante dessa realidade, o

Ministério da Saúde incentivou o funcionamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) baseado na estratégia Brasil Sorridente, em todas as regiões, de acordo com os planos municipais e regionais de saúde de cada estado. Essa estratégia é especialmente dirigida à organização dos fluxos de gerenciamento do sistema de saúde local, para referência e contra-referência da Atenção Básica para atenção especializada. Os critérios para a referência e contra-referência devem ser realizados por meio de agendamentos descritos no CEO, e encaminhados por meio de formulários, e após o término do tratamento, o paciente será encaminhado para a unidade de saúde de origem para conclusão do tratamento e manutenção, com o formulário de contra-referência devidamente preenchido onde constem a identificação do profissional, diagnóstico e tratamentos realizados (BRASIL, 2006 d).

Assim a promoção de saúde bucal, em idosos, busca garantir o bem-estar, a melhoria da qualidade de vida e da auto-estima, melhorando a mastigação, estética e possibilidade de comunicação. O envolvimento familiar ou de cuidadores e a interação multidisciplinar com a equipe de saúde fazem parte do processo de atenção em saúde bucal.

A resposta humana **integridade da pele prejudicada** foi encontrada em 20% dos idosos. Refere-se “a epiderme ou derme alterada” (NANDA, 2006, p.140-1).

As principais características clínicas do envelhecimento cronológico cutâneo são: desidratação da pele, presença de rugas, flacidez, neoplasias benignas, retardo na restauração após lesões, perda da extensibilidade e turgor cutâneos e maior transparência do tegumento, decorrente da atrofia da epiderme, que permite visualizar vasos ou tecido celular subcutâneo. Tais aspectos ocorrem mais precocemente em indivíduos de pele seca se comparados aos de pele oleosa, que devido a maior produção de manto hidrolipídico têm maior proteção contra os

agentes externos. A exposição freqüente ao sol atribui à pele aspecto áspero, alterações pigmentares, enrugamento profundo devido ao efeito cumulativo da ação ultravioleta, podendo ser desenvolvida malignidade da pele (YAAR; GILCHREST, 1999; DANAHI; GILCHREST, 2001).

Os seguintes fatores relacionados a este diagnóstico foram identificados: as alterações metabólicas (40,0%), os fatores mecânicos por cirurgia (20,0%), as alterações no turgor da pele (20,0%) e a circulação alterada (20,0%). As características definidoras encontradas foram: destruição das camadas da pele (80,0%) e rompimento de superfície da pele (20,0%).

As doenças crônicas (lupus e diabetes) apresentadas pelos idosos que tinham esta resposta humana interferiam no metabolismo, dificultando a cicatrização. Um paciente apresentou esse diagnóstico devido ao lupus que desencadeou lesão em região maleolar, levando-o a internações.

Portanto, o enfermeiro deve estar atento às características da senilidade e da senescência, para traçar o diagnóstico e agir de forma profilática para manutenção da integridade da pele do idoso, para orientá-lo para o autocuidado com o sistema tegumentar em seu cotidiano, garantindo melhor qualidade de vida. O profissional deve esclarecer aos pacientes e familiares, quanto aos cuidados com feridas operatórias, lesões na pele e determinadas patologias que podem acometer a pele, com ênfase ao diabetes, realizando medidas profiláticas, incluindo cuidados nos membros inferiores e no manuseio de substâncias e materiais nocivos a saúde.

A Tabela 5 apresenta a distribuição dos diagnósticos de enfermagem de risco dos idosos e fatores de risco do domínio segurança e proteção.

**Tabela 5** - Diagnósticos de enfermagem de risco e fatores de risco do domínio – **Segurança e Proteção**, na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).

<b>Diagnósticos</b>	<b>f (%)</b>	<b>Fatores de risco</b>	<b>f (%)</b>
Risco de Infecção	17 (68,0)	Procedimentos invasivos	17 (100,0)
		Doença crônica	6 (35,2)
		Destruição de tecido e exposição ambiental aumentada.	5 (29,4)
		Exposição ambiental a patógenos aumentada	4 (23,5)
		Imunossupressão	2 (11,7)
		Conhecimento insuficiente para evitar patógenos	1 (5,8)
		Defesa secundária inadequada (diminuição da hemoglobina, leucopenia, supressão da resposta inflamatória).	1 (5,8)
		Uso constante de oxigenoterapia	1 (5,8)
Risco de quedas	12 (48,0)	Idade de 65 anos	12 (100,0)
		Histórico de quedas	8 (66,6)
		Dificuldades visuais e auditivas	3 (25,0)
		<b><u>Ausência de material antiderrapante em escada</u></b>	1 (8,3)

O diagnóstico **risco para Infecção** ocorreu em 17 idosos (68%). NANDA (2006, p.137), conceitua esta resposta como: “estar em risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos”.

O idoso é mais suscetível a infecções em razão de alterações fisiológicas do envelhecimento, declínio da resposta imunológica e doenças concomitantes, com conseqüente aumento de morbidade e mortalidade. São várias as alterações anatômicas e funcionais que predispõem essa população à infecção como: declínio na função do linfócito T e na imunidade celular e a diminuição da produção de anticorpos na imunização extrínseca são alterações imunológicas que podem aumentar a vulnerabilidade à infecção. O adelgaçamento da pele, o menor reflexo da tosse são alterações fisiológicas do envelhecimento que facilitam a infecção da pele e partes moles e a aspiração e pneumonia, respectivamente (BOAS; RUIZ, 2004).

No diagnóstico **risco de infecção** predominaram os fatores relacionados procedimentos invasivos (100,0%) e doenças crônicas (35,2%). Esses dados

corroboram com os de Boas e Ruiz (2004) que verificaram fatores de risco para infecção hospitalar em idosos e destacaram: colangiografia, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica e cateterismo urinário, internação com infecção comunitária e ventilação mecânica.

Neste estudo, três idosos foram submetidos a cirurgias cardíacas (revascularização do miocárdio e troca de válvulas cardíacas), punção em região abdominal ou apresentaram lesão na pele. Tais procedimentos representam riscos de infecção, devido à exposição a patógenos resistentes, presentes no ambiente hospitalar, e a diminuição da imunidade em consequência do envelhecimento.

O enfermeiro deve ter como objetivo primário o preparo do cliente para o retorno ao lar, instruindo a família e o paciente sobre os cuidados para identificação precoce de infecções e a prevenção desta resposta, no domicílio.

O diagnóstico risco de quedas foi encontrado em 48,0% dos idosos. NANDA (2006, p.196), caracteriza esta resposta humana como: “susceptibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico”.

Quanto aos fatores relacionados ao diagnóstico risco de quedas destacaram-se: idade de 65 anos (100,0%), histórico de quedas (66,6%), dificuldades visuais e auditivas (25,0%), e **ausência de material antiderrapante em escada** (8,3%). Optou-se por incluir este fator, com 8,3% de ocorrência, por ser um fator ainda muito presente na estrutura física da comunidade.

No envelhecimento, os fatores que propiciam as quedas podem ser intrínsecos e extrínsecos. Os intrínsecos são: a manutenção da marcha; função sensitiva periférica devido ao tempo de reação mais lenta; déficits sensoriais; problemas de equilíbrio; fraqueza muscular; micções freqüentes que impõem deslocamentos rápidos para o banheiro; dor; fadiga; osteoporose; artrite e confusão

mental. Os extrínsecos estão relacionados ao ambiente, como: presença de escadas, ausência de corrimão, iluminação inadequada, tapetes soltos e pisos mal conservados (BERGER, 1995; VERNON, 2001; BRASIL, 2006e).

As quedas representam sério problema para o idoso com elevados índices de morbi-mortalidade, redução da capacidade funcional e institucionalização precoce (BRASIL, 2006e).

Moreira, Costa e Caldas (2007) corroboram que o risco para quedas aumenta significativamente com o número de fatores de risco, sugerindo a importância do acúmulo de múltiplas incapacidades. Dificilmente, a queda é o resultado de um fator isolado, sendo importante ressaltar sua multifatorialidade.

Se as respostas desajustadas apresentadas no domínio de segurança e proteção não forem revertidas urgentemente para diagnósticos ou resultado de bem estar, o idoso pode sofrer alterações nos outros domínios como por exemplo: nutrição - em caso de dentição prejudicada, podendo apresentar nutrição desequilibrada, tanto para mais quanto para menos, pois o idoso pode preferir refeições calóricas devido a facilidade de alimentação. Atividade e repouso - em caso de queda causando mobilidade física prejudicada. Conforto - caso a integridade da pele não seja mantida, o paciente poderá apresentar dor aguda e risco de infecção.

Ressalta-se a importância do enfermeiro avaliar os fatores de riscos que, na maioria das vezes, podem ser minimizados. A implementação de ações educativas para a alta hospitalar deve enfatizar a construção de uma visão mais crítica do cliente e da família sobre a prevenção das quedas e infecções, despertando sua responsabilidade para o autocuidado.

### 5.2.3 - Diagnósticos de enfermagem no domínio – Percepção e cognição.

O domínio percepção e cognição são definidos como: “sistema humano do processamento de informações, incluindo atenção, orientação, sensação, percepção, cognição e comunicação” (NANDA, 2006, p.188). Neste domínio, houve seis classes, totalizando onze diagnósticos de enfermagem. A maioria dos idosos (96,0%), em processo de alta apresentou diagnósticos em três classes: orientação, sensação/percepção e cognição.

As categorias diagnósticas mais prevalentes foram: conhecimento deficiente sobre a doença (60,0%), percepção sensorial (visual, olfativa, auditiva e tátil) perturbada (48,0%), disposição para conhecimento aumentado sobre os cuidados para alta (12,0%).

Na Tabela 6, são apresentados fatores relacionados e características definidoras do diagnóstico **conhecimento deficiente**. Segundo a NANDA (2006, p.59) o conhecimento deficiente é: “ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico”. É falsa a idéia que os idosos perdem a capacidade de aprender, é necessário considerar que existem diferenças individuais e que elas persistem ao longo de toda a vida (POIRIER, 1995).

**Tabela 6** - Diagnósticos de enfermagem reais, fatores relacionados e características definidoras do domínio **Percepção e Cognição**, na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).

Diagnósticos	f(%)	Fatores relacionados	f(%)	Características definidoras	f (%)
Conhecimento deficiente sobre a doença	15(60)	Falta de exposição	7 (46,6)	Verbalização do problema	15 (100,0)
		Falta de interesse em aprender	5 (33,3)		
		Falta de familiaridade com o recurso de informação	3 (20,0)		
		Limitação cognitiva	1 (6,6)		

Continua...

**Tabela 6** - Diagnósticos de enfermagem reais, fatores relacionados e características definidoras do domínio **Percepção e Cognição**, na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).

Diagnósticos	f(%)	Fatores relacionados	f(%)	Características definidoras	f (%)
Percepção sensorial (visual, olfativa, auditiva e tátil) perturbada	12(48,0)	Percepção sensorial alterada	12 (100,0)	Distorções visuais	10 (83,3)
				Mudança relatada ou medida na acuidade	5 (41,6)
				Mudança de resposta usual aos estímulos	3 (25,0)
				Distorções auditivas	2 (16,6)
				Distorções gustativas	1 (8,3)
				Distorções olfativas	1 (8,3)
Conhecimento deficiente sobre o tratamento	2(8,0)	Falta de familiaridade com o recurso de informação	1 (50,0)	Verbalização do problema	2 (100,0)
		Falta de interesse em aprender	1 (50,0)		
Comunicação verbal prejudicada	2(8,0)	Alteração do sistema nervoso central	1 (50,0)	Fala ou verbaliza com dificuldade	1 (50,0)
		Percepções alteradas	1 (50,0)	Dificuldade para compreender e manter o padrão usual de comunicação	1 (50,0)
Conhecimento deficiente em relação à atividade física	1(4,0)	Falta de exposição	1 (100,0)	Verbalização do problema	1 (100,0)
Conhecimento deficiente em relação aos recursos que não podem ser utilizados	1(4,0)	Falta de exposição	1 (100,0)	Verbalização do problema	1 (100,0)
Conhecimento deficiente sobre os cuidados para alta	1 (4,0)	Falta de familiaridade com o recurso de informação	1 (100,0)	Verbalização do problema	1 (100,0)
		Falta de interesse em aprender	1 (100,0)		
Memória prejudicada	1(4,0)	Distúrbios neurológicos	1 (100,0)	Experiência relatada de esquecimento	1 (100,0)
				Incapacidade de recordar informações factuais	1 (100,0)

Na categoria diagnóstica, **conhecimento deficiente sobre doença**, a falta de conhecimento estava relacionada à falta de exposição (46,6%), de interesse em aprender (33,3%), de familiaridade com os recursos de informação (20,0%) e limitação cognitiva (6,6%). Tais deficiências podem estar associadas à falta de

orientações fornecidas pelos profissionais de saúde ao idoso, desde a admissão até à alta.

A aprendizagem é uma mudança no comportamento resultante da experiência ou prática, e depende da interação entre fatores individuais e ambientais (VYGOTSKY; LURIA; LEONTIEV, 1988). Poirier (1995) cita fatores ligados às dimensões da necessidade do aprender como de ordem: biofisiológica, psicológica, sociológica e/ou espiritual. Na ordem biofisiológica, a velhice, provoca déficit no campo visual e na acuidade visual, declínio da acuidade auditiva, perda da capacidade de diferenciar os sons de alta frequência, presença de enfermidades, fraqueza, fadiga, dor, imobilidade e déficit cognitivo. Na dimensão psicológica são: ausência de estímulos para o desenvolvimento, auto-imagem negativa, ansiedade, fases de enfrentamento frente ao problema de saúde, falta de motivação para aprender, vivência e experiência de vida. Quanto à ordem sociológica: presenças da família e da rede de suporte. Os culturais e espirituais referem-se à religião, cultura, valores e crenças em relação à saúde e à doença (BERGER, 1995; BRASIL, 2006e). Portanto o aprendizado é multifatorial dependente do contexto do idoso (FREIRE, 1991).

Os idosos que apresentaram esse diagnóstico relatavam confiança no profissional responsável pelo seu atendimento, justificando com isso a falta de conhecimento sobre a sua doença.

Vários fatores podem ser usados como justificativa para o diagnóstico de conhecimento deficiente sobre a doença. Contudo o enfermeiro deve desenvolver habilidades para essa grande tarefa, que ajudará o idoso na recuperação da saúde e prevenção de novos agravos, com autonomia.

A categoria diagnóstica **percepção sensorial (visual, olfativa, auditiva e tátil) perturbada** ocorreu em 12 idosos (48,0%). É definida como: “mudança na quantidade ou no padrão dos estímulos que estão sendo recebidos acompanhados por respostas diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada de tais estímulos” (NANDA, 2006, p.188).

O sistema sensorial tem início quando um estímulo é detectado por um neurônio sensitivo que transforma a expressão física do estímulo (luz, som, calor, pressão, paladar, cheiro) em potenciais de ação, reproduzindo sinais elétricos. Daí são conduzidos a uma área de processamento onde se elaboram as características iniciais da informação: cor, forma, distância, tonalidade, de acordo com a natureza do estímulo original. A informação já elaborada é transmitida aos centros de processamentos do tálamo. Nos centros talâmicos, a informação se incorpora a outras, de origem límbica ou cortical, relacionadas com experiências semelhantes. Já, bastante, modificada, essa informação é enviada ao centro cortical específico. A natureza e a importância do que foi detectado pelos receptores são determinadas pela percepção e os vários órgãos, envolvidos no processo perceptivo, funcionam integradamente (VIEIRA, 2004).

A categoria diagnóstica **percepção sensorial (visual, olfativa, auditiva e tátil) perturbada**, 48,0% evidenciou: distorções visuais (83,3%), mudanças relatadas na acuidade sensorial (41,6%), mudanças de resposta usual aos estímulos (25,6%), distorções auditivas (16,6%), distorções gustativas (8,3%) e distorções olfativas (8,3%).

As distorções visuais podem ser decorrentes da presbiopia, da redução, progressiva e bilateralmente da eficiência visual do campo visual central periférica,

entre outras, podendo obstruir a visão do paciente (CUNHA; ALVES, 2000; TRINDADE, 2004), favorecendo as quedas e o isolamento social.

As distorções auditivas ocorrem pela deterioração progressiva da audição que atinge mais as estruturas neurosensoriais do ouvido médio ou externo, principalmente na área de frequência alta. Essas alterações causam dificuldades em entender as palavras, intolerância a sons altos e distorção sonora (CATALDO; MUSSACCHIO, 2004). Essas alterações podem determinar mudanças de resposta usual aos estímulos auditivos e acarreta risco de isolamento social, comunicação prejudicada e risco para quedas.

À medida que a pessoa envelhece as sensações do gosto, cheiro e tátil diminuem. A redução da sensibilidade para os gostos primários, (doce, amargo, ácido e salgado), inicia-se a partir dos 50 anos, com menor intensidade para o sabor ácido, sendo esta ocorrência oriundas de mudanças degenerativas nos receptores da gustação (SALGADO, 2002), essas alterações da sensibilidade gustativa podem favorecer o déficit nutricional, causando nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais ou nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, além de risco de volume de líquido deficiente, volume excessivo de líquidos, ou risco de desequilíbrio do volume de líquidos.

Todos esses fatores fazem o idoso lidar com limitações que podem ser minimizadas por uma assistência de enfermagem eficiente. O enfermeiro, a família e o cuidador podem ajudar o paciente a identificar suas próprias limitações, encontrando os recursos disponíveis para resolução de problemas sejam de forma ambiental, emocional ou físico.

O diagnóstico **memória prejudicada** foi verificado em um paciente (4,0%). A NANDA (2006, p.153) define essa resposta humana como: “a capacidade de

lembrar-se ou recordar-se de partes da informação ou das habilidades comportamentais”.

De acordo com Cunha et al. (2004) a formação da memória envolve três processos. A aquisição ou registro é a condução da informação ao cérebro, via órgãos sensoriais, e córtex sensorial primário. Essa etapa depende da percepção e da atenção, fatores como: fadiga, ansiedade ou preocupações podem interferir, nesse processo. A consolidação ou retenção é a conservação do conhecimento por meio de representações significativas do cérebro, sendo reforçada pela repetição ou pela associação com outros dados, já armazenados na memória. A recordação ou recuperação é atribuível à recuperação das informações estocadas. Esse processo pode ser espontâneo ou por meio de uma busca voluntária, valendo-se de indícios. Cada uma dessas etapas exige a integridade das etapas anteriores.

Almeida (1998) avaliou as habilidades intelectuais dos Idosos do Ambulatório de Saúde Mental da Santa Casa de São Paulo, e verificou que as queixas de dificuldades com a memória eram freqüentes. A confirmação, por parte do paciente, desse tipo de dificuldade deve ser considerada, pois mais de 3/4 dos portadores de demência relatam problemas com a memória, e pacientes, com esse tipo de queixa, tendem a apresentar ansiedade e depressão, sugerindo a investigação e tratamento dos sintomas relatados.

A categoria **memória prejudicada** esteve relacionada a distúrbios neurológicos (100,0%), sendo caracterizada pela experiência relatada de esquecimento (100,0%) e incapacidade de recordar informações factuais (100,0%).

O déficit de memória, no idoso, também pode estar ligado a fatores metabólicos tóxicos ou sistêmicos, anemia, doenças relacionadas à hipóxia ou que levam baixo débito cardíaco e neurológico (neoplasias, demências, AVC),

imunológicas (lupus e esclerose múltipla), psiquiátricas (depressão e ansiedade) e os medicamentos (psicofármacos) (CUNHA et al., 2004).

No estudo observamos que o paciente que relatou memória prejudicada, apresentava quadro de deterioração intelectual moderada, e afirmava ter problema em recordar fatos passados.

Queixas de dificuldades de memória, entre os idosos, são freqüentes, porém não devem ser confundidas com demências. A depressão e a ansiedade podem estar relacionadas à memória prejudicada. Ressalta-se, a importância do enfermeiro, na motivação do idoso em atividades que estimulem a memória, tornando o hábito de aprender um ato agradável. Com a integração interdisciplinar, a equipe pode planejar exercícios para a memória, e por meio da apreensão de conhecimentos será possível promover educação para a saúde.

O diagnóstico **comunicação verbal prejudicada** foi verificado em 8,0% dos idosos, define-se como: “habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e usar o sistema de símbolos” (NANDA, 2006, p.54).

Os fatores relacionados a esta resposta humana foram alterações no sistema nervoso central (50,0%) e percepções alteradas (50,0%), caracterizado por falar ou verbalizar com dificuldade (50,0%) e dificuldade para compreender e manter o padrão usual de comunicação (50,0%). Todas essas alterações afetam o idoso na aquisição do conhecimento, se não trabalhadas adequadamente interferem na educação para a saúde de forma a dificultar a compreensão do idoso nas orientações que serão fornecidas para o autocuidado.

O enfermeiro ao estabelecer uma relação social com o assistido deve, ultrapassar a superficialidade do atendimento, promover acolhimento em relação ao que é expressado pelo cliente, para facilitar a compreensão de sua história de vida.

Nessa relação, algumas características são fundamentais, destacando-se as linguagens verbal e não-verbal, onde a palavra, apresentada como signo, possibilita inter-relação. Dessa forma, procura-se, através do agir comunicativo, apreender as manifestações da realidade do indivíduo, onde o uso da linguagem, sobretudo a verbal, está sempre determinada pelas condições reais em que o diálogo se efetiva (MACHADO; LEITÃO; HOLANDA, 2005).

Para o paciente que apresenta dificuldades de comunicação, o enfermeiro deverá solicitar a presença dos familiares ou cuidadores por ocasião das orientações que serão fornecidas ao idoso, garantido a continuação dos cuidados no ambiente domiciliar.

A Tabela 7 demonstra os diagnósticos de bem-estar e suas características definidoras do domínio percepção e cognição.

**Tabela 7** - Diagnósticos de enfermagem de bem-estar e características definidoras do domínio **Percepção e Cognição**, na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).

<b>Diagnósticos</b>	<b>f (%)</b>	<b>Características definidoras</b>	<b>f (%)</b>
Disposição para conhecimento aumentado quanto aos cuidados para alta	3(12,0)	Demonstra conhecimento sobre o tópico	2 (66,6)
Disposição para conhecimento aumentado sobre a doença	2(8,0)	Demonstração das doenças.	2 (100,0)

O diagnóstico **disposição para o conhecimento aumentado** foi especificado conforme a presença ou aquisição do conhecimento relatado pelos idosos. Este diagnóstico é definido como: “a presença ou aquisição de informações cognitivas sobre um tópico específico suficiente para alcançar objetivos relacionados à saúde, podendo ser reforçado” (NANDA, 2006, p.58).

O diagnóstico de **disposição para conhecimento aumentado quanto aos cuidados para alta** (12,0%) esteve caracterizado por demonstrar conhecimento

sobre o tópico (66,6%), os idosos que apresentaram essa resposta humana demonstraram manutenção do comportamento de saúde desejando seguir os planos de cuidados para alta, conservar a alimentação adequada oferecida no ambiente hospitalar, aumentar a ingesta hídrica quando prescrita, regularizar a ingesta de medicamentos e realizar atividades físicas quando indicadas.

O diagnóstico de **disposição para conhecimento aumentado sobre a doença** (8,0%) esteve caracterizado por demonstração das doenças (100,0%), os idosos que apresentaram esse diagnóstico, conheciam as suas doenças e no processo de alta demonstravam disposição para adquirir informações sobre as patologias e cuidados.

Diante das respostas apresentadas, no domínio de percepção e cognição, fica notório que se essas respostas não forem corrigidas, o idoso irá sofrer impactos que somados às alterações do envelhecimento, podem levá-lo a reinternação, perda da qualidade de vida, diminuições das atividades de vida diária e instrumentais de vida diária e isolamento social.

O ser humano que deseja manter ou recuperar a saúde deve modificar os seus comportamentos ou aprender comportamentos novos que visem a manutenção da busca de saúde. Para isso, deve adquirir conhecimento e desenvolver capacidades que possibilitem manter a interação com outros indivíduos, favorecendo a evolução contínua da aprendizagem em busca da recuperação e manutenção da saúde.

O que foi aprendido, durante a internação, ajudará o paciente na manutenção da saúde no ambiente domiciliar. O profissional poderá conscientizar paciente a excluir os hábitos deletérios, por meio de abordagem de ensino que promova uma aprendizagem significativa.

#### 5.2.4 – Diagnósticos de enfermagem no domínio – Autopercepção.

O domínio de autopercepção de acordo com NANDA (2006 p.265): “é a consciência quanto a si mesmo”. Esse domínio possui as classes de autoconceito, auto-estima e imagem corporal, e compreendem dez diagnósticos de enfermagem. Nesse estudo, 88,0% dos idosos apresentaram respostas humanas referentes a esta área conforme apresentado na Tabela 8.

**Tabela 8** - Diagnósticos de enfermagem reais, fatores relacionados e características definidoras do domínio **Autopercepção**, na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).

Diagnósticos	f (%)	Fatores relacionados	f (%)	Características Definidoras	f (%)
Desesperança	1 (4,0)	Condição fisiológica deteriorando ou definhando	1 (100,0)	Indicações verbais como, por exemplo, conteúdo desesperançoso	1 (100,0)
Distúrbio da imagem corporal	1 (4,0)	Doença	1 (100,0)	Verbalização de sentimentos que refletem uma visão alterada do próprio corpo na aparência, estrutura ou função	1 (100,0)

O diagnóstico de **desesperança** é conceituado pela NANDA (2006, p.81) como: o “estado subjetivo no qual um indivíduo não enxerga alternativas ou escolhas pessoais disponíveis ou enxerga alternativas limitadas e é incapaz de mobilizar energias a seu favor”.

Esta resposta humana foi apresentada por um paciente que após ser informado, pelo profissional da clínica, sobre seu estado de saúde incurável, e que os cuidados a serem realizados seriam paliativos, sentiu-se sem esperança.

Esse diagnóstico estava relacionado por condição fisiológica deteriorando ou definhando (100,0%), sendo caracterizado por indicações verbais como, por exemplo: conteúdo desesperançoso (100,0%).

A desesperança caracteriza-se por pensamentos autoderrotistas e visão pessimista e negativa, diante do futuro, e está fortemente relacionada à depressão (BECK et al., 1997), avaliando negativamente tudo o que o cerca, evidenciando sentimento de fracasso.

Oliveira et al., (2006) exploram a relação entre ansiedade, depressão e desesperança, entre grupos de idosos provenientes de um centro da terceira idade, de um posto de medicamentos e de uma instituição asilar, e evidenciaram relação estatisticamente significativa entre ansiedade, depressão e desesperança. Foi constatado, em nível médio, o sentimento de desesperança.

A equipe de enfermagem pode auxiliar o paciente, familiares e cuidadores a identificar sentimentos e campos de esperança na vida, lembrando que estes profissionais podem usar tom de voz suave, palavras encorajadoras, de forma a não mascarar a verdade, mas ampliar o repertório de comportamentos de enfrentamento que podem ser usados pelo paciente.

O diagnóstico de **distúrbio da imagem corporal** se refere à “confusão na imagem mental do eu de uma pessoa” (NANDA, 2006 p.125). Um paciente com diagnóstico médico de Chagas, cardiomiopatia, esquistossomose, hipotireoidismo referiu que gostaria que seu corpo fosse diferente, principalmente, a barriga que ele achava muito grande, dificultando seu andar e sentar.

Esse diagnóstico estava relacionado à doença (100,0%), sendo caracterizado por verbalização de sentimentos que refletem uma visão alterada do próprio corpo na aparência, estrutura ou função (100,0%).

Há fatores que influenciam a sensibilidade e a satisfação com a própria vida. Os idosos fisicamente ativos relatam aumento na capacidade de enfrentar o estresse e a tensão do dia-a-dia, sendo que a participação em atividade física

melhora: o autoconceito, a auto-estima e a imagem corporal, contribuindo para um alto nível de qualidade de vida (BERGER, 1995).

Para ajudar o idoso que apresentar distúrbios no autoconceito, o profissional deverá atuar de forma a encorajá-lo a rever seus valores, crenças pessoais e a satisfação frente a esses sentimentos, verificando as razões do paciente para demonstrarem desejo de mudança possíveis, e a partir daí ajudá-lo a minimizar seus conflitos internos.

A Tabela 9 demonstra os diagnósticos de risco e fatores de risco do domínio autopercepção.

**Tabela 9** - Diagnósticos de enfermagem de risco e fatores de risco do domínio **Autopercepção**, na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).

<b>Diagnósticos</b>	<b>f (%)</b>	<b>Fatores de risco</b>	<b>f (%)</b>
Risco de solidão	4 (16,0)	Isolamento social	2 (50,0)
		Isolamento físico	1 (25,0)
		Privação afetiva	1 (25,0)
Risco de sentimento de impotência	2 (8,0)	Doença crônica ou aguda e envelhecimento	2 (100,0)

Neste estudo, o diagnóstico de **risco de solidão** esteve presente em quatro pacientes (16,0%). NANDA (2006, p.211) conceitua esse diagnóstico como: “estar em risco de experimentar vaga disforia”.

A solidão é uma experiência excessivamente penosa ligada à necessidade de intimidade não-satisfeita, consecutiva a relações sociais sentidas como insuficientes. A solidão não é isolamento, mas antes uma reação pessoal face a uma dada situação (BERGER, 1995).

As mudanças ocorridas na sociedade intensificaram os problemas de solidão e de pobreza. A nossa sociedade supervaloriza o ser humano ativo, discriminando o inativo, considerando assim a terceira idade como um momento improdutivo e sem

perspectivas, tanto pessoal como social; desta forma, marginaliza-se o idoso. Isso gera sentimentos de frustração, incapacidade e afastamento do convívio social nos idosos, com freqüente distanciamento educacional em relação à juventude, o que limita a compreensão e a participação em um mundo cada vez mais tecnológico e informatizado. Com isso o idoso tem o suporte social reduzido devido a mudança do padrão do modelo familiar, de extensa para nuclear e o aumento do número de separações e divórcios (DUARTE et al., 2005).

Os fatores relacionados a esse diagnóstico foram: isolamento social (50,0%), isolamento físico (50,0%) e privação afetiva (25,0%). Alguns idosos (16,0%) referiram que devido à dificuldade de locomoção ou problemas de diminuição da percepção sensorial dependiam de parentes e cuidadores para participar de eventos sociais e religiosos.

Com o avançar da idade, existe uma progressiva perda de recursos físicos, mentais e sociais, que conduzem a sentimentos de desamparo. A velhice, muitas vezes, caracteriza-se por sentimentos de solidão, impotência e fragilidade (DAVIM et al., 2004).

O enfermeiro desde a admissão até à alta do paciente deve encorajar a família ou cuidador, quanto ao desenvolvimento de relações sociáveis, fortalecendo o vínculo do idoso com a família nas relações já estabelecidas, facilitando a sua interação com a comunidade.

O diagnóstico **risco de sentimento de impotência** pode ser definido como: “estar em risco de falta de controle percebida sobre uma situação e/ou sobre a capacidade de uma pessoa de afetar significativamente um resultado” (NANDA, 2006, p. 129). Esta resposta humana foi apresentada em dois idosos (8,0%). Os

pacientes referiram que após a doença sentiram fraqueza e cansaço, desejando ficar deitados.

Esta resposta humana demonstra que os indivíduos podem apresentar o **sentimento de impotência**, ou seja, “percepção de que uma ação própria não afetará significativamente um resultado, falta de controle percebida sobre uma situação atual ou acontecimento imediato” (NANDA, 2006, p.127).

O diagnóstico **risco de sentimento de impotência** está relacionado à doença crônica ou aguda e ao processo de envelhecimento, com registros em dois idosos (100,0%). Os idosos são particularmente vulneráveis a sentimentos de impotência devido à perda do poder e relações sociais, e expressivo grau de dependência. Este diagnóstico que se assemelha aos de ansiedade, medo, alterações da auto-estima e falta de conhecimentos, pode provocar diminuição da auto-estima, depressão, apatia e passividade, perda da esperança, isolamento, solidão e mesmo a morte. Os fatores que contribuem para o sentimento de impotência ligam-se a aspectos da personalidade do cliente, à presença de doenças graves que exigem tratamento terapêutico individual intensivo e a fatores ambientais, como a rigidez de rotinas institucionais. A pobreza frequentemente é um fator que gera impotência, nos idosos, e acompanha o sentimento de ansiedade (BERGER, 1995).

As perdas trazem sentimentos de frustrações e tristeza, isto é, a privação de um ente querido, de um bem que se possuía ou de um estado que se gozava. As principais perdas vividas, pelas pessoas idosas, dizem respeito aos papéis, expectativas e referências do grupo social. As perdas, reais ou antecipadas, ameaçam a integridade dos idosos, porque suscitam depressão, ansiedade, reações

psicossomáticas, afastamento ou descompromisso. Quanto mais tempo as pessoas vivem mais perdas sofrem (BERGER, 1995).

Lidar com sentimentos que causam sofrimento interno, no paciente, é uma tarefa difícil para o enfermeiro visto que o profissional deve procurar orientações e encaminhamentos com a equipe multiprofissional, de forma a corrigir e adaptar pensamentos disfuncionais, providenciando respostas de bem-estar.

A Tabela 10 demonstra os diagnósticos de bem-estar e características definidoras do domínio autopercepção.

**Tabela 10** - Diagnósticos de enfermagem de bem-estar e características definidoras do domínio **Autopercepção**, na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).

<b>Diagnósticos</b>	<b>f (%)</b>	<b>Características definidoras</b>	<b>f (%)</b>
Disposição para autoconceito melhorado	20 (80,0)	Aceita suas qualidades e limitações	17 (85,0)
		Expressa satisfação com sua imagem corporal	4 (20,0)
		Expressa satisfações com opiniões sobre si mesmo, com sua identidade pessoal e	3 (15,0)
		Expressa confiança em suas capacidades	1 (5,0)

Neste domínio, o diagnóstico de **disposição para autoconceito melhorado** foi apresentado por 20 pacientes (80,0%). Refere-se a um “padrão de percepções ou idéias sobre si mesmo suficiente para o bem-estar e pode ser reforçado” (NANDA, 2006, p.35).

Pracidelli et al. (2001) verificaram a imagem corporal dos idosos internados no Serviço de Geriatria do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, e avaliaram a possibilidade de sua mudança, durante a internação, enfocando as implicações do trabalho do fisioterapeuta e do psicólogo na auto-estima, na qualidade de vida do paciente e na própria atuação da equipe. A amostra foi composta por 13 idosos, de ambos os sexos, com idades entre 62 e 93 anos, utilizando: avaliação dos prontuários; procedimento de desenhos-estória com

tema; relatórios de avaliação e atendimento fisioterápico. Nas análises com o enfoque psicanalítico, observou-se discrepância entre a imagem corporal dos idosos e o esquema corporal, refletindo a dificuldade de "aceitação/reconhecimento" do processo de envelhecimento. Concluiu-se que, os pacientes, ao receberem tratamento adequado, abordando a subjetividade, adquiriram maior conscientização de si mesmos, deixando de idealizar imagens e de prenderem-se ao passado e, conseqüentemente, abandonando estereótipos. Houve, após intervenção, mudança da percepção da imagem corporal em 80,0% dos casos e fisioterápica em 69,0%, enfatizando que a atuação conjunta, entre Fisioterapia e Psicologia, é de fundamental importância na recuperação global dos pacientes. A equipe de enfermagem também tem um papel benéfico na modificação da percepção adequada da imagem corporal, sobretudo pelo tempo de permanência da equipe junto ao paciente durante o seu tratamento.

No presente estudo, o diagnóstico de **disposição para autoconceito melhorado** foi caracterizado pelo fato do idoso aceitar suas qualidades e limitações (85,0%), expressar satisfação com sua imagem corporal (20,0%), expressar confiança em suas capacidades (5,0%) e expressar satisfações com suas opiniões sobre si mesmo, com sua identidade pessoal e desempenho de papéis (15,0%). Os idosos referiram que não havia nada em seu corpo que gostariam que fosse modificado, além de expressar confiança na implementação do autocuidado, no ambiente domiciliar.

Lima-Costa, Firmo e Uchôa (2004) realizaram um estudo, com idosos residentes na cidade de Bambuí, avaliando a autopercepção e os fatores relacionados à saúde. Quanto à auto-avaliação da saúde, 49,2% dos idosos relataram razoável, 26,1% ruim/muito ruim e 24,7% boa/muito boa. Em relação aos

fatores que interferiram na auto-avaliação destacam-se os suportes sociais (insatisfação com os relacionamentos pessoais e menor frequência aos clubes ou associações), condições de saúde (sintomas depressivos-ansiosos nas últimas duas semanas, queixa de insônia nos últimos 30 dias, maior número de medicamentos prescritos usados nos últimos 30 dias), queixas quanto ao acesso/uso de serviços de saúde (consultas e internações consecutivas) e renda familiar mensal (<2 vs >4 salários mínimos).

Os sentimentos de desesperança, distúrbio da imagem corporal, risco de sentimento de impotência e solidão, devem ser resolvidos com habilidades, onde o enfermeiro pode encorajar o paciente a reconhecer e discutir seus pensamentos e sentimentos, conscientizando o idoso que cada indivíduo é único, e que é saudável aceitar a dependência do outro para o seu próprio bem, assim o profissional estará reforçando as suas qualidades e potencialidades, eliminando o conflito interno do paciente, pois do contrário, as conseqüências podem ser depressão, inapetência, fadiga, isolamento social e até óbito.

#### **5.2.5 – Diagnósticos de enfermagem no domínio – Relacionamento de papel.**

São as associações positivas e negativas, entre pessoas ou grupos e os meios pelos quais essas conexões são demonstradas (NANDA, 2006, p.266). Este domínio conta com três classes: relações familiares; papéis de cuidados e desempenho de papéis, totalizando 15 diagnósticos de enfermagem. Neste domínio, 88% dos idosos tiveram respostas humanas.

A tabela 11 demonstra os principais diagnósticos deste domínio apresentados pelos idosos, na alta hospitalar.

**Tabela 11** - Diagnósticos de enfermagem reais, fatores relacionados e características definidoras do domínio **Relacionamento de Papel** na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007 (n=25).

Diagnósticos	f (%)	Fatores relacionados	f (%)	Características definidoras	f (%)
Desempenho de papel de mãe ineficaz	2(8,0)	Falta de conhecimento sobre o papel de mãe sobre as habilidades necessárias ao papel da mãe.	2 (100,0)	Tensão do papel (ou conflito de papel). Conflito de sistema	1(50,0) 1(50,0)
Processos familiares interrompidos	2(8,0)	Alteração do poder de membros da família	1(50,0)	Expressão de conflito entre a família, mudanças nas alianças de poder, na participação na resolução de problemas	1(50,0)
		Alteração do estado de saúde de um membro da família	1(50,0)	Mudanças nas tarefas designadas	1(50,0)
Interação social prejudicada	1(4,0)	Déficit de conhecimento habilidade com relação a maneiras de fortalecer a mutualidade	1(50,0)	Desconforto verbalizado ou observado em situações	1(50,0)

O diagnóstico **desempenho de papel de mãe ineficaz** refere-se aos “padrões de comportamento e auto-expressão que não combinam com o contexto, com as normas e com as expectativas do ambiente” (NANDA, 2006, p.172).

Este diagnóstico foi apresentado por duas pacientes (8,0%), que referiram dificuldades em lidar com filhos desobedientes. A resposta estava relacionada à falta de conhecimento sobre o papel de mãe sobre as habilidades necessárias ao papel da mãe (100,0%) e caracterizada por tensão do papel ou conflito de papel (50,0%) e conflito de sistema (50,0%).

Prado (1979) define papel como o conjunto de comportamentos que os outros esperam de sua parte. É uma das funções primordiais exercidas pela mulher, dentro da instituição família. A família é uma unidade de pessoas, em interação, onde cada uma ocupa uma posição definida por certo número de funções. O papel da mulher na sua função fisiológica de reprodutora, e os estatutos que compunham a função de mãe foram, segundo a autora, provavelmente um dos primeiros papéis a serem

institucionalizados, pois as crianças eram reconhecidas como riquezas nas sociedades arcaicas, onde o papel de esposa, ainda, não existia.

O enfermeiro pode auxiliar o idoso a identificar os vários papéis que exerce dentro do ambiente familiar, bem como perceber a necessidade de transição temporária ou permanente de papéis que um indivíduo precisa alterar ao longo da vida, incluindo papéis de doente, de cuidador, facilitando então o desempenho de novos comportamentos, seja na família ou na comunidade.

O diagnóstico de **processos familiares interrompidos** é descrito pela NANDA (2006, p.120) como: “mudanças nos relacionamentos e/ou no funcionamento da família”. Este diagnóstico ocorreu em um idoso cuja desestruturação familiar foi verbalizada. Relatou não ter bom relacionamento com o filho mais velho que já o desrespeitou e o agrediu, fisicamente. Este diagnóstico esteve relacionado à alteração do poder entre membros da família (50,0%), e alteração do estado de saúde de um membro da família (50,0%), sendo caracterizado por expressão de conflito entre a família, mudanças nas alianças de poder, na participação de resoluções de problemas (50,0%) e mudanças nas tarefas designadas (50,0%).

Segundo Zimerman (2000), o apoio e a imagem que a família constrói da pessoa idosa é de fundamental importância, pois os papéis vão se modificando e a relação de dependência torna-se diferente. Para o velho, a família passa a ser os filhos, os netos, os bisnetos e outros parentes de idades inferiores a dele. Ele que já teve filho sob seu cuidado e dependência, agora carece de assistência, tornando-se, então, mais dependente. Muitas vezes, as famílias têm dificuldades em lidar e entender essas mudanças de papéis, interferindo na satisfação da vida do idoso.

Para ajudar o idoso a resolver os desajustes, nesta resposta humana, o enfermeiro deverá desenvolver competências para avaliar a família. Para isto, o enfermeiro dispõe de ferramenta para assistência, o modelo Calgary de avaliação e intervenção de família, este modelo permite ao profissional ter uma visão ampla da inserção do idoso na sua família e sociedade, por meio Genograma e Ecomapa (WRIGTH; LEAHEY, 2002) As intervenções ajudarão a família a manter relações positivas, potencializando os pontos fortes do idoso e família para solução de problemas. Para alcançar todos esses objetivos, o profissional deve estabelecer uma relação de confiança com os membros da família.

O diagnóstico **interação social prejudicada** ocorreu em 4,0% dos pesquisados. É definido como: “quantidade insuficiente ou excessiva ou qualidade ineficaz de troca social” (NANDA, 2006, p.142).

Este diagnóstico estava relacionado com déficit de conhecimento habilidade com relação a maneiras de fortalecer a mutualidade (50,0%) caracterizado por desconforto verbalizado ou observado em situações (50,0%).

O apoio social é importante para desenvolver entre as pessoas estratégias para superar a solidão, enfrentar dificuldades, buscar esforços e conselhos com o outro, compartilhar solidariedade e cooperativismo para viver em grupo (SMELTZER; BARE, 2005).

Entretanto, o apoio social pode estar comprometido no idoso como resultado de sua história de vida como, um paciente informou, que não encontrou, na comunidade, rede de apoio, por discórdia com a vizinhança referente ao lote onde construiu sua casa, local que deveria ser construída a Unidade Básica de Saúde.

O comprometimento da interação social pode resultar em isolamento social, depressão, solidão e baixa auto-estima. Portanto, a interação social do idoso deve

ser melhorada primeiramente nos ambientes familiar e domiciliar, ocasionando assim uma socialização possível, na comunidade, e eficaz no seio familiar.

A Tabela 12 demonstra os diagnósticos de bem-estar e características definidoras do domínio relacionamento de papel.

**Tabela 12** - Diagnósticos de enfermagem de bem-estar e características definidoras do domínio **Relacionamento de Papel** na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).

<b>Diagnósticos</b>	<b>f (%)</b>	<b>Características definidoras</b>	<b>f (%)</b>
Disposição para processos familiares melhorados	19(76,0)	Funcionamento familiar que satisfaz as necessidades físicas, sociais e psicológicas dos membros da família	11 (57,8)
		A família adapta-se a mudança	6 (31,5)
		Respeito entre os membros da família são mantidos	2 (10,5)
		Os relacionamentos são geralmente positivos, interdependentes com a comunidade, as tarefas familiares são cumpridas	2 (10,5)
		O respeito pelos membros da família é evidente	1(5,2)

O diagnóstico de **disposição para processos familiares melhorados** é conceituado pela NANDA (2006, p.120), como: “um padrão de funcionamento familiar que é suficiente para possibilitar o bem-estar dos membros da família e que pode ser reforçado.”

Esse diagnóstico estava caracterizado por funcionamento familiar que satisfaz as necessidades físicas, sociais e psicológicas dos membros da família (57,8%), a família adapta-se a mudança (31,5%), o respeito entre os membros da família é mantido (10,5%), os relacionamentos são geralmente positivos, interdependentes com a comunidade, as tarefas familiares são cumpridas (10,5%) e o respeito pelos membros da família é evidente (5,2%).

Nesta resposta humana, a maioria das características definidoras esteve relacionada com o núcleo familiar, onde se observou que o idoso mantém preservados os relacionamentos, por meio dos vínculos familiares. Essa resposta foi

evidenciada pela presença da família e amigos que desempenhavam papel importante, para o reingresso do idoso na vida social, resguardando e consolidando um bom convívio social com todos. Mesmo que essa evidencia não tenha protegido a internação do idoso, ela pode contribuir para a preservação dos cuidados e fortalecimento do enfrentamento do idoso a situações diversas.

Os processos familiares quando interrompidos ou ineficazes geram conflitos, afetando, de forma intensa, os cuidados prestados ao idoso. No processo de alta, o enfermeiro deve criar estratégias e respostas adequadas para esse domínio por meio de atividade educativa, estimulando o paciente/cliente a ser agente participante do processo, desenvolvendo assim, suas potencialidades para o autocuidado, prevenindo o abandono a violência e a reinternação.

No momento da alta, 52,0% retornaram aos domicílios, acompanhados pelos cônjuges, 44,0% pelos filhos ou netos e 4,0% foram sozinhos. É reconhecida a importância do papel desempenhado pelo familiar ao enfermo. Os membros da família podem atuar como cuidadores, durante a internação, no domicílio e no processo de reabilitação.

Esses dados revelam que os profissionais da saúde devem ter visão ampliada no momento da alta hospitalar, colaborando na implementação de mudanças no modelo de atenção vigente, estabelecendo redes de apoio que garantam a continuidade do tratamento, na comunidade.

#### **5.2.6 – Diagnósticos de enfermagem no domínio – Enfrentamento/ tolerância ao estresse.**

O domínio do enfrentamento / tolerância ao estresse é o “lidar com os eventos da vida” (NANDA, 2002, p.267). Contêm três classes e 30 diagnósticos de enfermagem.

Os diagnósticos apresentados pelos idosos encontram-se na Tabela 13 e referem a classe de processos de controlar o estresse ambiental.

O diagnóstico **disposição para enfrentamento aumentado** é: “um padrão de esforços complementares e cognitivos para lidar com a demanda suficiente para o bem-estar e pode ser reforçado” (NANDA, 2006, p.94).

**Tabela 13** - Diagnósticos de enfermagem de bem-estar e características definidoras do domínio **Enfrentamento/Tolerância ao estresse** na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).

<b>Diagnósticos</b>	<b>f (%)</b>	<b>Características definidoras</b>	<b>f (%)</b>
Disposição para enfrentamento aumentado	20(80,0)	Por definir estressores como "administráveis"	15 (75,0)
		Procura de suporte social	6 (30,0)
		Reconhece poder	4 (20,0)
		Utiliza recursos espirituais	2 (10,0)

A categoria diagnóstica **disposição para enfrentamento aumentado** foi caracterizada por definir os estressores como administráveis (75,0%), procura suporte social (30,0%), reconhece poder (20,0%) e utiliza recursos espirituais (10,0%). A própria idade é considerada fator de sabedoria, originando assim novas forças, aptidões e perspectivas de vida.

Essas características definidoras contribuem significativamente para o enfrentamento de situações estressoras, contribuindo para o bem-estar subjetivo dos idosos, visando resolver ou manejar o problema a fim de atingir a normalidade, o mais rápido possível.

Um idoso que foi internado para realização de revascularização do miocárdio não se sentia perturbado com as modificações que aconteciam em sua vida,

relatando que perdas são ruins, mas se conforma, confirmando que a disposição para o enfrentamento é de natureza subjetiva.

Os idosos poderão vivenciar várias estratégias de enfrentamento durante a exposição a eventos estressantes, por meio de sentimento de controle, aumento da auto-estima, maior capacidade empática, aumento da proximidade com outras pessoas, mudanças nos valores e maior auto-entendimento e sabedoria (ALDWIN, SUTTON; LACHMAN, 1996).

O enfermeiro ao realizar encaminhamentos para resolução de eventuais problemas oferecerá suporte de enfrentamento para o paciente, pois se o idoso, familiares e cuidadores sentirem amparados e direcionados, poderão realizar a manutenção da saúde, de forma segura.

A Tabela 14 demonstra as respostas humanas apresentadas pelos idosos, características definidoras e fatores relacionados do domínio enfrentamento/tolerância ao estresse.

**Tabela 14** - Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras e fatores relacionados do domínio **Enfrentamento/Tolerância ao estresse** na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).

<b>Diagnósticos</b>	<b>f (%)</b>	<b>Fatores relacionados</b>	<b>f (%)</b>	<b>Características definidoras</b>	<b>f (%)</b>
Ansiedade )	6(24,0)	Ameaça de mudança do estado de saúde	4 (66,6)	Agitação	2 (33,3)
		Necessidades não-satisfeitas	1 (16,6)	Insônia	2 (33,3)
		Ameaça de mudança no status econômico	1 (16,6)	Preocupação	2 (33,3)
		Ameaça de mudança no ambiente	1 (16,6)	Aflito	1 (16,6)
				Ansioso	1 (16,6)
				Angústia	1 (16,6)
				Assustado	1 (16,6)
				Dificuldade respiratória	1 (16,6)
				Dor abdominal	1 (16,6)
				Comportamento de agitação	1 (16,6)
		Irritabilidade	1 (16,6)		

Continua...

**Tabela 14** - Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras e fatores relacionados do Domínio **enfrentamento/tolerância ao estresse** na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).

Diagnósticos	f (%)	Fatores de risco	f (%)	Características definidoras	f (%)
				Comportamento de inquietação	1 (16,6)
				Distúrbio no sono	1 (16,6)
				Medo de conseqüências inespecíficas	1 (16,6)
Enfrentamento ineficaz	1 (4,0)	Incerteza e nível inadequado de confiança na capacidade de enfrentamento	1 (100,0)	Resolução de problemas inadequada	1 (100,0)

Segundo a NANDA (2006, p. 28), o diagnóstico **ansiedade** corresponde:

*a um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é freqüentemente não-específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao individuo tomar medidas para lidar com a ameaça.*

Esta resposta humana ocorreu em seis idosos (24,0%), relacionada à ameaça de mudança do estado de saúde (6,66%), necessidades não-satisfeitas (13,3%), ameaça de mudança no status econômico (13,3%) e ameaça de mudança no ambiente (13,3%), sendo caracterizada por: agitação (33,3%), insônia (33,3%), preocupação (33,3%), aflito (16,6%), ansioso (16,6%), angústia (16,6%) assustado (16,6%), dificuldade respiratória (16,6%) dor abdominal (16,6%) comportamento de agitação (16,6%), irritabilidade (16,6%), comportamento de inquietação (16,6%) distúrbio no sono (16,6%) e medo de conseqüências inespecíficas (16,6%).

Um idoso afirmou não gostar de mudanças. Há uns dois anos teve quatro episódios de inquietação, todos iniciados quando ia dormir. Sentia tanta agonia que não conseguia ficar deitado, tinha que se levantar e sair para o quintal. Associa esse

fato à presença de ascite, justificando que quando a barriga está muito cheia de líquido, a ansiedade e a agonia se tornam presentes.

Os transtornos de ansiedade, no idoso, podem se iniciar na idade adulta. Pacientes com quadros de ansiedade que se iniciam mais tardiamente, com frequência, apresentam morbidades clínicas associadas, como a relatada acima. A ansiedade pode ser desencadeada ou induzida ainda pelas dietas, drogas, incluindo antidepressivos, anti-hipertensivos, broncodilatadores, anticolinérgicos, digitais, esteróides e estimulantes do sistema nervoso central. A ansiedade no envelhecimento associa-se à perda de saúde, das relações interpessoais, da habilidade mental e questão financeira (CUNHA et al., 2004).

O suporte emocional para o idoso deve ser realizado de acordo com a equipe multiprofissional, cabendo ao enfermeiro desenvolver competências que auxiliem o idoso a criar estratégias de enfrentamento saudáveis.

A resposta humana **enfrentamento ineficaz** ocorreu em um paciente (4,0%) sendo definida como: “incapacidade de desenvolver uma avaliação válida dos estressores, escolha inadequada das respostas praticadas e/ ou incapacidade para utilizar os recursos disponíveis” (NANDA, 2006 p. 103).

Com o envelhecimento as pessoas são propensas aos problemas de saúde e doenças crônicas que exigem noções de medidas de higiene, mais informações sobre a saúde e a doença. Há fatores que contribuem para o déficit de conservação da saúde: negligência pessoal, déficit sensorial, perda de memória, ansiedade, problemas de adaptação e enfrentamento, desinteresse, dor e depressão (BERGER, 1995).

O fator relacionado do diagnóstico de enfrentamento ineficaz foi incerteza e nível inadequado de confiança na capacidade de enfrentamento 100,0%, sendo

caracterizado por resolução de problemas inadequados 100,0%. Um paciente referiu que sente ansiedade quando não consegue resolver um problema, necessitando da ajuda dos outros, ficando nervoso, irritado e agitado. A alta, para ele, não tem bom significado, pois, não tem retorno agendado e nem expectativa de retomar o trabalho. Mesmo que este fato não seja facilitador de reinternação, se faz necessário que o paciente tenha consciência do plano de tratamento a ser seguido isso certamente ajudará o paciente a seguir as recomendações propostas pela equipe.

O enfermeiro deve estar alerta para o preparo do paciente, para a alta hospitalar, observando e reduzindo sinais e sintomas de estresse como: irritabilidade, fadiga, dores musculares, fraqueza, nervosismo, ruminação de idéias, rituais compulsivos, angústia e ansiedade (VIEIRA, 2004).

Quando as alterações apresentadas, nesse domínio, não são tratadas ou prevenidas, o idoso pode apresentar comportamentos patológicos graves, sendo que as ausências de motivação ou de estratégias de enfrentamento da situação conflitante, levam-no a não se preocupar com a busca e manutenção de saúde.

O enfermeiro pode estimular a interação entre idosos, contribuindo para um melhor enfrentamento, nas situações adversas que surgem, durante a vida, auxiliando-os nos momentos de estresse e superação de acontecimentos como a morte e a perda das atividades laborais, prevenindo ansiedade, depressão e angústia. O enfermeiro pode ensinar o paciente a identificar situações conflitantes, como: ansiedade, raiva ou tristeza, o profissional pode também intervir nessas situações, informando o idoso sobre os efeitos benéficos das atividades de lazer, convivência familiar ou de entes queridos.

### 5.2.7 – Diagnósticos de enfermagem no domínio – Atividade e Repouso.

O domínio de Atividade e Repouso é: “a produção, conservação, gasto ou equilíbrio de recursos energéticos” (NANDA, 2006 p. 263).

Compreende cinco classes, contendo 25 diagnósticos de enfermagem. Ei-las: áreas do repouso, atividade/exercício, equilíbrio de energia, respostas cardiovasculares/pulmonares e autocuidado, conforme demonstrado na Tabela 15.

**Tabela 15** - Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras e fatores relacionados do domínio **Atividade e Repouso** na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).

Diagnósticos	f(%)	Fatores relacionados	f(%)	Características definidoras	f (%)
Mobilidade física prejudicada	8(32,0)	Restrições de movimentos prescritos	4 (50,0)	Respiração curta induzida pelo movimento	3 (37,5)
		Desconforto e dor	2 (25,0)	Lentidão de movimentos	3 (37,5)
		Enrijecimento das articulações	1 (12,5)	Capacidade limitada para desempenhar habilidades motoras grossas	3 (37,5)
		Prejuízos neuromotores	1 (12,5)	Mudança na marcha (velocidade de marcha diminuída)	1 (12,5)
Fadiga	7(28,0)	Estado de doença e condição física debilitada	6 (85,7)	Por falta de energia	7 (100)
		Condição física debilitada	2 (28,5)	Incapacidade de manter o nível habitual de atividade física	7 (100)
		Anemia	1 (14,2)	Cansaço	6 (85,7)
				Incapacidade de restaurar energias mesmo após o sono	3 (42,8)
				Incapacidades de manter as rotinas habituais	1 (14,2)
Padrão sono perturbado	5(20,0)	Ansiedade	2 (40,0)	Despertares prolongados	4 (80,0)
		Urgência urinária e falta de ar	1 (20,0)	Queixas verbais de dificuldades para adormecer	2 (40)
		Pensamentos ruminantes pré-sono	1 (20,0)	Queixas verbais de não se sentir bem descansado	2 (40)
		Barulho e iluminação	1 (20,0)	Insatisfação com o sono	1 (20,0)
Intolerância à atividade	4(16,0)	Desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio	3 (75)	Relato verbal de fadiga ou fraqueza	4 (100,0)
		Fraqueza generalizada	1 (25,0)		

Continua...

**Tabela 15** - Diagnósticos de enfermagem reais, características definidoras e fatores relacionados do domínio **Atividade e Repouso** na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).

Diagnósticos	f(%)	Fatores relacionados	f(%)	Características definidoras	f (%)
Deambulação prejudicada	3(12,0)			Capacidade prejudicada de andar as distâncias necessárias	3 (100,0)
Estilo de vida sedentário	3(12,0)	Falta de recurso (tempo)	1 (33,3)	Escolhe uma rotina diária sem exercícios físicos	3 (100,0)
		Falta de motivação	2 (66,6)		
Débito cardíaco diminuído	3(12,0)	Ritmo e frequência cardíaca alterada	2 (66,6)	Arritmias (taquicardia)	2 (66,6)
		Volume de ejeção alterado	1(33,3)		
Ventilação espontânea prejudicada	2 (8,0)	Fatores metabólicos	2 (100,0)	Por mudanças no ecodoppler e no <b>rx de Tórax</b>	1 (33,3)
				Dispnéia	
Déficit no autocuidado para higiene íntima	2 (8,0)	Fraqueza e cansaço	2 (100,0)	Incapacidade de chegar ao vaso sanitário ou a cadeira higiênica	2 (100,0)
Déficit no autocuidado para vestir-se/ arrumar-se	2 (8,0)	Fraqueza e cansaço	2 (100,0)	Capacidade prejudicada para obter ou repor artigos de vestuário	2 (100,0)
Déficit no autocuidado para banho/ higiene	2(8,0)	Fraqueza e cansaço	1 (50,0)	Incapacidade de obter ou chegar à fonte de água	1 (50,0)
				Entrar e sair do banheiro	1 (8,3)

O diagnóstico **mobilidade física prejudicada**, presente em 32,0% dos idosos, é: "limitação no movimento físico, independente e voluntário, do corpo ou de uma ou mais extremidades" (NANDA, 2006 p.155).

Os principais fatores relacionados foram: restrições de movimentos prescritos (50,0%), desconforto e dor (25,0%), enrijecimento das articulações (12,5%) e prejuízos neuromotores (12,5%). A restrição de movimentos foi justificada pela enfermidade cujos idosos apresentaram dor, cansaço e falta de energia. Condições verificadas quando saíram do hospital: 84,0% deambularam e 16,0% necessitaram de cadeiras de rodas, confirmando que os idosos podem sofrer reduções funcionais, após a hospitalização (SIGUEIRA et al., 2004).

Quanto às características definidoras, as mais prevalentes foram: lentidão de movimentos 37,5%, capacidade limitada para desempenhar habilidades motoras grossas 37,5%, respiração curta induzida pelo movimento 37,5% e mudança na marcha (velocidade de marcha diminuída) 12,5%.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006e), as alterações de mobilidade podem ocorrer por disfunções motoras, de equilíbrio ou déficit cognitivo. A dinâmica do aparelho locomotor sofre alterações com a redução da amplitude dos movimentos. A marcha é alterada, os passos são mais curtos e lentos com tendência a arrastar os pés, a base de sustentação se amplia e o centro de gravidade corporal é propenso a se adiantar em busca de maior equilíbrio.

O enfermeiro deve orientar o idoso quanto a importância da preservação da mobilidade e do equilíbrio para a prevenção de quedas, o paciente deve ser informado que dificuldades visuais e auditivas podem aumentar o risco de acidentes.

A **fadiga**, esteve presente em 28,0% dos idosos, segundo a NANDA (2006, p.115-6) é: “uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual.”

Curiati e Alencar (2000) afirmam que a fadiga é uma queixa extremamente comum no idoso. Caracteriza-se por mobilizar energia para as atividades habituais, associada à necessidade de descansar ou dormir. Ela pode, até certo ponto, ser considerada como ocorrência normal do envelhecimento, ou indicativo de uma doença orgânica ou psíquica.

Os indivíduos que apresentaram essa resposta tinham a fadiga como sinal orgânico relacionado a fatores patológicos cujas etiologias eram cardíaca, respiratória, metabólica e neoplásica.

O diagnóstico de fadiga esteve relacionado ao estado de doença e condição física debilitada (85,7%), condição física debilitada (28,5%) e anemia (14,2%).

A fadiga, quando tem significado patológico, pode estar vinculada a diferentes estados clínicos como: carências nutricionais, neoplasias, descompensação de doença cardíaca e metabólica (CURIATI; ALENCAR, 2000).

Neste estudo, a **fadiga** foi caracterizada por falta de energia (100%), incapacidade de manter o nível habitual de atividade física (100%), cansaço (85,7%) incapacidade de restaurar energias, mesmo após o sono, (42,8%) e incapacidade de manter as rotinas habituais (14,2%).

Segundo Bates, Bickley e Hockelman (2001) a fadiga corresponde à sensação de cansaço ou perda de energia. Pode ser descrita de diversas maneiras: perda de ânimo, cansaço, vontade de ficar em casa. Representa uma reação normal ao trabalho intenso, à atenção permanente ou ao luto, levando-se em consideração o contexto global. Torna-se, porém, um sintoma quando não está relacionado a estes fatores. A fraqueza difere da fadiga, pois implica em perda de força muscular.

O profissional quando não atua de modo a minorar os efeitos da falta de energia, acreditando que todos os sinais e sintomas são próprios da patologia, pode reduzir a garantia do tratamento. Primeiramente, é necessário que seja definida a causa da fadiga (orgânica ou psicológica), depois traçar um planejamento determinando limitações físicas temporárias ao paciente, encorajando a verbalização dos sentimentos sobre as limitações; adequando suporte nutricional e promovendo repouso adequado.

**Padrão de sono perturbado** de acordo com a NANDA (2006, p.203) é: “o distúrbio, com tempo limitado, na quantidade ou qualidade do sono (suspensão natural, periódica da consciência)”.

O diagnóstico padrão de sono perturbado, manifestada por 20,0% dos idosos, estava relacionado à ansiedade (40,0%), urgência urinária e falta de ar (20,0%), pensamentos ruminantes pré-sono (20,0%) e barulho e iluminação (20,0%). Um dos idosos afirmou à noite, quando se deita, começa a pensar na vida de modo negativo, sentindo-se muito mal. Outro idoso disse que não dorme bem, e não sente falta de sono. Afirma que não é preocupação financeira ou familiar é sim a doença. Disse que desde o início do tratamento, não pode mais trabalhar, teve que mudar de cidade e deixar a vida da roça, embora lamentando já aceitou o fato e só consegue dormir após às duas horas da manhã, deita porque o corpo cansa de ficar sentado.

O estresse situacional e a ansiedade resultantes da hospitalização incapacitam o idoso, para enfrentar seus problemas diários, levando-o a absorver com seus problemas justamente na hora de deitar, prejudicando, a qualidade do sono (POIRIER, 1995).

O sono é definido como estado de consciência parcial, como o envelhecimento, a qualidade do sono, pode ser afetada por diversos fatores como: alterações sensoriais, que dificultam o idoso em decodificar os períodos dia e noite; alternância dos ritmos (vigília e sono); doenças, principalmente as que produzem dor; uso de medicamentos e estimulantes; estresse e ansiedade; solidão e aborrecimentos; inquietação e medo e alterações das rotinas diárias (POIRIER, 1995).

Quando o repouso do idoso não é realizado corretamente, as manifestações são diversas, as mais freqüentes desse estudo foram: despertares prolongados (80,0%), queixas verbais de dificuldade para dormir (40,0%) Queixas verbais de não se sentir bem descansado (40,0%) e insatisfação com o sono (20,0%).

A equipe de enfermagem deverá estar atenta a fim de detectar os problemas do sono dos seus clientes, desenvolvendo condições para orientá-lo, visando alcançar a desejada melhora com exercícios de relaxamento, técnicas de parada de pensamento para, pensamentos negativos, não ingerir produtos estimulantes antes de dormir, não usar a cama para se deitar enquanto vê TV e só ir para a cama quando estiver com sono.

Na alta hospitalar, o enfermeiro pode minimizar os possíveis distúrbios no sono do idoso e situações de estresse, identificados durante o preparo do paciente para a alta, orientando-o a estabelecer uma rotina de realização de relaxamento muscular progressivo, aliado a pensamentos positivos, por meio de técnicas de respiração que, realizadas todas as noites, facilitam o início do sono, ou amenizam os momentos de estresse. O paciente também deve ser incentivado a identificar circunstâncias psicológicas que interrompam o ciclo de sono.

O diagnóstico de **intolerância à atividade** é: “a energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas” (NANDA, 2006, p.33), no qual esteve presente em quatro pacientes (16,0%).

Este diagnóstico esteve relacionado ao desequilíbrio entre a oferta, e a demanda de oxigênio (75,0%) e fraqueza generalizada (25,0%), tendo como característica o relato verbal de fadiga ou fraqueza (100,0%). Todos os pacientes que apresentaram essa resposta humana eram cardíacos.

Pacientes cardíacos possuem intolerância à atividade física, podendo apresentar dificuldades para deambular, mesmo que por um curto período, devido ao desconforto respiratório, fadiga e palpitação, a da incapacidade do coração em manter um débito cardíaco suficiente, para satisfazer as necessidades teciduais de

oxigênio e redução do fluxo sanguíneo periférico. Alguns estudos comprovam que tais pacientes apresentam também alterações morfológicas e metabólicas na musculatura esquelética, interferindo na capacidade, de realizar determinadas atividades (DREXLER et al., 1992; MINOTTI et al., 1991). Essa resposta deve ser verificada, pois o aumento da demanda cardíaca, durante o exercício pode precipitar eventos cardiovasculares em pessoas com doenças cardíacas conhecidas ou ocultas.

O diagnóstico de **deambulação prejudicada** foi apresentado por 12,0% dos pesquisados. Constatou-se que a capacidade prejudicada de andar as distâncias necessárias esteve presente em 100,0% dos idosos, todos cardíacos.

No envelhecimento, a prevalência de incapacidade cada vez mais se relaciona a males crônicos-degenerativos, e a idade é o principal elemento. Tal situação deveria ser tratada como problema de saúde pública, onde políticas de segurança e prevenção de acidentes e doenças tivessem prioridade, na assistência do idoso (NÉRI; SOARES, 2004).

Durante o processo do envelhecimento, almejam-se independência e autonomia que são determinadas pelas atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Gorzoni (1995) e Siqueira et al. (2004) descreveram que durante a internação há alterações da capacidade funcional.

**Estilo de vida sedentário** consiste em: “um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física” (NANDA, 2006, p.112). O diagnóstico, estilo de vida sedentário foi relatado por três indivíduos (12,0%).

Este diagnóstico esteve relacionado à falta de motivação (66,6%) e de recurso-tempo (33,3%). A característica definidora, dessa resposta, foi escolher uma

rotina diária sem exercícios físicos (100,0%), justificada por alguns idosos alegando restrição médica, decorrente do problema cardíaco.

A principal característica do envelhecimento é o declínio estrutural e funcional das células e tecidos em todos os órgãos, ocasionando diminuição da força e massa muscular, frequência cardíaca máxima e intolerância ao exercício. O desenvolvimento de processos patológicos, como a doença coronariana aterosclerótica, pode afetar a função cardíaca e à atividade física adversamente, de modo a provocar comportamentos sedentários (WHITEHEAD-BUSEY, 2001).

Quando não são desenvolvidas ações que interfiram na correção dos fatores relacionados e nas características definidoras do diagnóstico estilo de vida sedentário poderá haver potencialização dos fatores de riscos para doenças, pois a inatividade física, a dieta inadequada e o tabagismo são os principais fatores de risco das doenças crônicas, associada à dieta inadequada e uso de fumo, prevalentes nos idosos. O estilo de vida moderno propicia o gasto do tempo livre em atividades sedentárias, como por exemplo: assistir televisão (BRASIL, 2006e).

Diante desse resultado, o enfermeiro deverá estimular o cliente a desenvolver um estilo de vida mais ativo e saudável. Para reforçar o estímulo, o Ministério da Saúde elaborou Políticas de Promoção de Saúde a serem implementadas na comunidade, por meio das equipes de saúde da família, orientando a população em geral sobre a alimentação, prática de exercícios físicos, tabagismo e etilismo (BRASIL, 2006b).

A resposta humana **débito cardíaco diminuído** foi observada em 12,0% dos idosos. Este diagnóstico é definido como: “quantidade insuficiente de sangue bombeado pelo coração para atender às demandas metabólicas corporais” (NANDA,

2006, p.73). Todos os idosos que apresentaram essa resposta foram submetidos a tratamento devido a problemas cardíacos.

Com a idade, há diminuição da capacidade do fluxo sanguíneo (débito cardíaco), apresentando uma redução do débito sistólico que reflete alterações da contratilidade do miocárdio. Ocorre, também, redução da capacidade de perfusão dos tecidos periféricos, estreitamento das artérias que fornecem sangue para o coração e diminuição da elasticidade dos grandes vasos sanguíneos (KATCH; MCARDLL, 1996).

A resposta humana débito cardíaco diminuído esteve relacionado com volume ritmo e frequência cardíaca alterada (26,6%) e volume de ejeção alterado (33,3%) caracterizado por arritmias (66,6%) e mudanças no ecodoppler e **Raio X de tórax** (33,3%).

O fator relacionado mudança de Raios-X de tórax não está catalogado na Taxonomia II da NANDA. Entretanto, foi sugerido, pois um paciente apresentou no exame de imagem, o aumento da área cardíaca com hilo congestivo. Houve alterações na pré-carga, ou seja, o volume de sangue ejetado pelo ventrículo esquerdo no final da diástole foi insuficiente para manter as necessidades corporais, havendo aumento do trabalho do ventrículo direito, da pressão venosa central e da artéria pulmonar, resultando em congestão cardíaca devido ao edema. Foi orientado, no processo de alta, evitar exercícios extenuantes e não pegar peso.

O débito cardíaco diminuído é um dos problemas mais complexos encontrados entre os pacientes, pois, experimentam situações de ameaça que se não forem tratados podem leva-los a óbito, necessitando de julgamentos críticos do enfermeiro e intervenções imediatas.

O diagnóstico de **ventilação espontânea prejudicada** refere-se às reservas diminuídas, resultando na incapacidade do indivíduo manter a respiração adequada para sustentação da vida, causada por fadiga da musculatura respiratória ou fatores metabólicos, definidos por dispnéia e taxa metabólica aumentada (NANDA, 2006, p.234). Este diagnóstico foi apresentado por dois idosos com problemas cardíaco e respiratório correspondendo a 8,0%.

Leme (2000a) afirma que o sistema respiratório sofre mudanças na velhice, destacando-se: anatômicas no tórax associadas as cartilagens esterno-costais e alterações tróficas em musculatura respiratória, que reduz o reflexo da tosse; o peso do pulmão diminui; há diminuição da parede alveolar, com redução dos números de capilares; aumento do calibre das vias aéreas, pela redução do número de fibras elásticas, que envolvem dutos alveolares e alvéolos, ocasionando infecções pulmonares, pneumonias, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, bronquite e câncer.

A ventilação pulmonar resulta dos movimentos rítmicos da caixa torácica que permite o transporte do oxigênio do ar aos alvéolos e a expulsão do gás carbônico dos pulmões. essas trocas gasosas se efetuam a altura da membrana alveolar ea difusão e o transporte dos gases iniciam-se com a chegada do oxigênio aos alvéolos. O controle da respiração é assegurado pelos neurônios do centro respiratório bulbar e estruturas quimiossensíveis situadas na altura da aorta e da carótida (POIRIER, 1995).

Esta resposta humana esteve relacionada a fatores metabólicos (100,0%) e caracterizada por dispnéia (100,0%).

A ventilação espontânea prejudicada pode trazer riscos a vários domínios quando não corrigida, pois alguns problemas de saúde podem alterar as atividades

de vida diária do paciente. Certos distúrbios agudos requerem repouso no leito, por vários dias, antes de ser retomada a atividade normal. Os idosos que apresentam distúrbios respiratórios crônicos podem precisar mudar suas atividades de vida diária permanentemente, voltar para um trabalho sedentário ou se aposentar. O repouso é extremamente necessário, porém é possível que seja de difícil obtenção devido a problemas como: tosse, dispnéia, ansiedade, pensamentos ruminantes. O enfermeiro deve corrigir esses problemas, impedindo maiores complicações (BLACK; JACOBS, 1996).

O diagnóstico de **déficit de autocuidado**, presente em 8,0% dos idosos, será analisado em conjunto. **Déficit para banho/ higiene** é definido como: "a capacidade prejudicada para realizar ou completar atividades de banho/higiene por si só" (NANDA, 2006, p.37; **déficit de autocuidado para higiene íntima** é definido como: a capacidade prejudicada para realizar e completar suas próprias atividades de higiene íntima (NANDA, 2006, p.38) e **déficit de autocuidado para vestir-se / arrumar-se** é à capacidade para realizar ou completar atividades de vestir-se e arrumar-se por si mesmo (NANDA, 2006, p.39). Todas estas respostas estavam relacionadas a fraqueza e cansaço do idoso.

É necessário a preservação do Autocuidado, definido como o conjunto de ações que o ser humano desenvolve consciente e deliberadamente, no sentido de promover, o seu bem estar e saúde. De acordo com Orem (1995), alguns requisitos necessários à ação de autocuidado e de cuidado dependente são comuns a qualquer ser humano, e outros se manifestam apenas quando ocorre à situação de doença ou dano à saúde, são eles: requisitos universais - relativos à manutenção da vida, estrutura e funcionamento humano; requisitos no desenvolvimento e requisitos de desvio de saúde.

A caracterização do déficit de autocuidado é necessária para seguimento do cuidado no domicílio para recuperação da independência do idoso.

Estudo como o de Pavarine (1996), descreve que apesar do grau de fragilidade ou dependência do idoso, é importante que elas próprias exerçam o controle de suas vidas, a despeito das limitações com que se deparam.

Todas as fragilidades apresentadas nos diagnósticos de autocuidado seja para higiene íntima, vestir-se/arrumar-se ou para banho/higiene, quando não corrigidas levam aos diagnósticos de intolerância á atividade, mobilidade física prejudicada, pois a incapacidade funcional do idoso pode deteriorar toda a funcionabilidade, levando a perda da autonomia e da participação social. Para que possa desenvolver o cuidado. A família, sob orientação do enfermeiro, deve buscar estratégias para diminuir o sofrimento, cotidiano, do idoso dependente. Frente a isso, torna-se necessário minimizar as patologias de base e compatibilizar as atividades de interesse dos idosos para estimulá-los na manutenção do autocuidado.

A Tabela 16 demonstra os diagnósticos de enfermagem de risco e fatores de risco do domínio atividade e repouso.

**Tabela 16** - Diagnósticos de enfermagem de risco e fatores de risco do domínio **Atividade e Repouso** na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).

<b>Diagnósticos</b>	<b>f (%)</b>	<b>Fatores de risco</b>	<b>f(%)</b>
Risco de intolerância à atividade	6(24,0)	Presença de problemas circulatórios e respiratórios	5 (83,3)
<b><u>Risco de padrão respiratório ineficaz</u></b>	5(20,0)	Energia diminuída e fadiga	4 (80,0)
		Dispnéia	2 (40,0)
		Uso contínuo de oxigenoterapia	1 (20,0)
		Estado de não-condicionamento físico.	1 (16,6)
<b><u>Risco de ventilação espontânea prejudicada</u></b>	1 (4,0)	Doença pulmonar	1 (100,0)

De acordo com NANDA (2006, p.33) **risco de intolerância à atividade** pode ser conceituado como: "estar em risco de experimentar energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar as atividades diárias requeridas ou desejadas".

O diagnóstico de **risco de intolerância à atividade** foi observado em 24,0% dos idosos, Os fatores relacionados a esta resposta humana foram: presença de problemas circulatórios e respiratórios (83,3%), e estado de não-condicionamento físico (16,6%). Seis idosos apresentaram essa resposta, sendo que um deles referiu dificuldade em caminhar devido a diminuição de equilíbrio e à esquistossomose. Também, queixou de angina, devido a problema cardíaco justificando a dificuldade moderada em caminhar.

O idoso e família deve ser conscientizados sobre esses fatores de risco, pois a redução da oxigenação dos tecidos e diminuição a tolerância à atividade, afeta a mobilidade que provém, muitas vezes, de uma imobilização prolongada ou de uma patologia cardiorrespiratória.

Sabe-se que programas de exercícios físicos é uma medida profilática importante no sentido de preservar e retardar ao máximo os efeitos do envelhecimento, contribuindo para a redução das taxas de morbimortalidade, e intolerância a atividade nos idosos, entretanto, essas atividades devem ser monitorizadas pelos idosos e seus familiares, diante de problemas cardiorespiratórios manifestados pela população estudada.

O diagnóstico de **risco de padrão respiratório ineficaz** não está catalogado na NANDA (2006), porém sugerimos o seu acréscimo, por ter sido apresentado por cinco idosos (20,0%), que devido aos problemas cardiovasculares referiram cansaço e dificuldades respiratórias. Um destes idosos estava em uso de oxigenioterapia no ambiente domiciliar. Sugerimos ainda o conceito, para essa resposta humana, como

risco de estar com a inspiração e/ou expiração que poderá proporcionar ventilação inadequada (NANDA, 2006).

O diagnóstico de risco foi constatado, pois pacientes apresentaram energia diminuída e fadiga (80,0%), dispnéia (40,0%) e uso contínuo de oxigenioterapia (20,0%). Os fatores citados não atingiam intensidade que pudesse ser conceituada como diagnóstico de padrão respiratório ineficaz, que refere à “inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada” (NANDA, 2006, p.204). Os pacientes com esse diagnóstico eram portadores de insuficiência cardíaca congestiva (ICC), cardiomiopatias, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), hipotireoidismo e problemas renais.

Esses pacientes tinham padrão respiratório ineficaz, na admissão, que foram corrigidos ao máximo para a alta, mas que por estarem acometidos por doenças crônicas, o paciente poderá apresentar novamente a resposta de padrão respiratório ineficaz, justificando assim a catalogação do diagnóstico de risco.

O provável diagnóstico **risco de ventilação espontânea prejudicada** não está catalogado na Taxonomia II da NANDA (2006), sugeriu-se sua inclusão por ter sido constatado em 4,0% dos idosos, sendo relacionado por doença pulmonar (100,0%), podendo assim prejudicar a ventilação. O conceito de risco se deve ao fato de apresentar reservas diminuídas, resultando da incapacidade do indivíduo manter respiração adequada, para sustentação da vida, causada por fadiga da musculatura respiratória ou fatores metabólicos, definidos por dispnéia, taxa metabólica aumentada pode estarem associados ao diagnóstico de ventilação espontânea prejudicada (NANDA, 2006).

A função respiratória desempenha um papel essencial na manutenção da atividade física e mental do ser humano. Existe relação entre os problemas de

dependência de ordem respiratória e de outras doenças crônicas. A dimensão biofisiológica manifesta-se na respiração pulmonar (trocas gasosas entre o meio ambiente e o interno), na respiração celular (processo no qual as células transformam glicose em gás carbônico e água, para obtenção de energia), e na relação do aparelho respiratório com as redes vasculares, nervosas, musculares e outras. A respiração é um processo fundamental que comporta três etapas fundamentais: ventilação pulmonar, difusão e transporte dos gases e controle da respiração (POIRIER, 1995).

Se a manutenção dos meios profiláticos para impedir a instalação das complicações da patologia apresentada pelo paciente não for revertida, este poderá sofrer o risco de desenvolver a ventilação espontânea prejudicada. Por isso, o enfermeiro deve desenvolver competências para atuar preventivamente, nessa resposta, criando estratégias profiláticas para a manutenção da capacidade respiratória, atuando de forma a prevenir as causas, desta resposta.

#### **5.2.8 – Diagnósticos de enfermagem no domínio – Eliminação e troca.**

A necessidade de eliminar envolve mecanismos químicos, nervosos e hormonais. Neste domínio, identificaram-se diagnósticos de enfermagem distribuídos entre as classes: função urinária, gastrintestinal e respiratória. Os diagnósticos de enfermagem e respectivos fatores relacionados e características definidoras estão apresentados na Tabela 17.

**Tabela 17** - Diagnósticos de enfermagem reais, fatores relacionados e características definidoras do domínio **Eliminação e Troca** na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).

Diagnósticos	f (%)	Fatores relacionados	f (%)	Características definidoras	f (%)
Eliminação urinária prejudicada	4 (16,0)	Múltiplas causas (ICC, hipertensão arterial e diabetes).	2 (50,0)	Disúria	2 (50,0)
		Obstrução anatômica e infecção do trato urinário	1(25,0)	Poliúria	1 (25,0)
		Infecção do trato urinário	1 (25,0)	Retenção	1 (25,0)
Incontinência urinária funcional	4 (16,0)	Cognição prejudicada e enfraquecimento das estruturas de suporte pélvico	1(25,0)	Perde a urina antes de alcançar o banheiro	2 (50,0)
		Enfraquecimento das estruturas de suporte pélvico e limitações neuromusculares	1(25,0)	Tempo necessário para alcançar o banheiro excede o espaço de tempo entre a sensação de urgência para urinar e o esvaziamento involuntário da bexiga.	2 (50,0)
		Enfraquecimento das estruturas de suporte pélvico Limitações neuromusculares	1(25,0) 1 (25,0)		
Constipação	2 (8,0)	Hábitos de evacuação irregular	1 (50,0)	Frequência diminuída	2 (100,0)
		Mudanças recentes de ambiente	1 (50,0)	Mudança no padrão intestinal	2 (100,0)
		Ingesta insuficiente de líquidos uso de diuréticos	1 (50,0)		
		Uso de diuréticos	1 (50,0)		
Diarréia	1(4,0)	Radiação	1 (100,0)	Pelo menos três evacuações de fezes líquidas, por dia.	1 (100,0)
		Efeitos adversos de medicações	1 (100,0)		

O diagnóstico de **eliminação urinária prejudicada** refere-se “ao distúrbio na eliminação da urina” (NANDA, 2006, p.93). Ocorreu em 16,0% dos idosos, em processo de alta.

A eliminação é afetada pelo envelhecimento (particularmente a urinária). Dentre as transformações do sistema urinário e gastrointestinal do idoso estão as dimensões fisiológicas (distúrbio das vias urinárias: infecções, as doenças agudas, a hipertrofia da próstata, as modificações no aparelho locomotor, a desidratação, os

medicamentos e as modificações do sistema urinário), as psicológicas (ansiedade, depressão e déficit cognitivo) e as ambientais (organização e controle sanitário, salubridade dos lugares públicos, educação, distância dos sanitários, iluminação, ambiente desconhecido, altura da cama) (POIRIER, 1995).

Quanto aos fatores relacionados, a esta resposta, têm-se múltiplas causas, como: ICC, hipertensão arterial e diabetes (50,0%), obstrução anatômica (25,0%) e infecção do trato urinário (25,0%). Dentre as alterações anatômicas que obstruem a via de saída da urina destacam-se os adenomas prostáticos (LEME, 2000b). Essa alteração foi apresentada por um idoso de 87 anos que utiliza uma sonda vesical, há dois anos, impossibilitado de urinar, relata ainda, dores ocasionais no meato urinário.

A categoria diagnóstica **incontinência urinária funcional** é: “incapacidade da pessoa que é usualmente continente de alcançar o banheiro a tempo de evitar a perda da urina” (NANDA, 2006, p.134). Ocorreu em 16,0% dos idosos, sendo que 12,0% do sexo feminino.

Os fatores referentes, a este diagnóstico, foram: enfraquecimento das estruturas de suporte pélvico e limitações neuromusculares (75,0%), e cognição prejudicada e enfraquecimento das estruturas de suporte pélvico (25,0%). Dentre as características definidoras apresentadas as mais freqüentes foram: perda da urina antes de alcançar o banheiro (50,0%) e tempo necessário para alcançar o banheiro que excede o espaço de tempo entre a sensação de urgência para urinar e o esvaziamento involuntário da bexiga (50,0%).

O envelhecimento provoca, no idoso, o enfraquecimento pélvico, sendo mais freqüente nas mulheres menopausadas, devido ao relaxamento do pavimento pélvico, causado geralmente por partos múltiplos. Essa resposta é rara entre os

homens e, quando ocorre, é geralmente iatrogênica, resultante de lesões do esfíncter uretral decorrentes de manobras ou intervenções cirúrgicas urológicas. A sintomatologia é típica e consiste na perda involuntária de urina em função do aumento da pressão intra-abdominal. Este aumento de pressão é fisiológico e se desencadeia quando um indivíduo tosse, ri, espirra, se dobra ou se levanta, permitindo assim a passagem involuntária da urina, para o exterior (CUNHA et al., 1988).

Se a eliminação urinária estiver prejudicada assim, com se o idoso apresentar incontinência urinária funcional, ocorrerá problemas em vários domínios, pois a integridade da pele poderá estar acometida se apresentado na forma de úlceras de decúbito, além do isolamento social, sendo que dentre as maiores dificuldades podemos citar a internações e reinternações.

Conhecer o diagnóstico de **incontinência urinária funcional e eliminação urinária prejudicada** no processo de alta permite ao enfermeiro, documentar especificamente o problema apresentado pelo paciente, bem como planejar a assistência, envolvendo o autocuidado, e os cuidados que a família e os profissionais da atenção básica podem atuar.

O diagnóstico **constipação** ocorreu em 8% dos idosos, definido como: “auto diagnóstico de constipação e abuso de laxantes, enemas e supositórios para garantir o movimento intestinal diário” (NANDA, 2006, p.62).

Constipação é a passagem desconfortável de fezes endurecidas ou a incapacidade de evacuar, mesmo quando o intestino está pleno, indicando a sensação de necessidade de evacuação (HAM, 2001).

Os fatores relacionados foram: hábitos de evacuação irregular (50,0%), mudanças recentes de ambiente (50,0%), ingestão insuficiente de líquidos e uso de diuréticos (50,0%) que corroboram com os dados encontrados por Poirier (1995).

Este diagnóstico apresentou as seguintes características definidoras: frequência diminuída (100,0%) e mudança no padrão intestinal (100,0%). Dentre as mudanças do padrão intestinal citam-se: dificuldades em evacuar, sensação de evacuação incompleta, distensão abdominal, desconforto e mal-estar geral ou dores abdominais (MORAES-FILHO; SUYAMA; RODRIGUEZ, 2006).

Os familiares e cuidadores podem ser orientados, pelo profissional, quanto aos cuidados que devem ser realizados no ambiente domiciliar, seguindo hábitos saudáveis na alimentação, ingestão hídrica adequada e prática de atividades físicas, desde que recomendadas.

A resposta humana **diarréia** é conceituada pela NANDA como: “eliminação de fezes soltas, não formadas” (NANDA, 2006, p.86). Foi referida por um paciente portador de leucemia em tratamento com radioterapia.

Este diagnóstico esteve relacionado à radiação (100,0%), efeitos adversos de medicações (100,0%) foi caracterizado por, pelo menos, três evacuações de fezes líquidas por dia (100,0%). Dentre os efeitos adversos das drogas, os sintomas vistos comumente incluem: confusão, náusea, equilíbrio diminuído, alteração da função intestinal (diarréia ou constipação). Quanto à radioterapia, podem ocorrer efeitos colaterais, que, em sua maioria, não são graves e desaparecem após interrupções da terapia. Esses efeitos colaterais incluem: cansaço, micção freqüente e dolorosa, irritação estomacal, diarréia e irritação ou sangramento retal. Podem igualmente ocorrer alguns efeitos colaterais permanentes. A função intestinal pode não retornar ao normal, mesmo após tratamento completo (FLEMING, 2001).

Quando a diarreia não corrigida, o paciente pode apresentar distúrbios hidroeletrólíticos graves, deteriorando o seu estado geral. Diante desse diagnóstico, o enfermeiro pode ajudar a família a modificar as rotinas, garantindo a manutenção dos cuidados, no ambiente domiciliar, informando a família quanto a necessidade de se modificar a dieta do idoso, com alimentação obstipante. Nas orientações referentes à radioterapia devem ser explicados os procedimentos, efeitos colaterais, visando educação dos pacientes e familiares, com a finalidade de fornecer informações corretas, desfazer mitos e corrigir distorções a respeito do tratamento. Essa ação é exclusiva do enfermeiro e requer tempo e conhecimento específico, na área, e habilidade em comunicação.

Os diagnósticos de enfermagem de risco e os fatores de risco do domínio eliminação e troca estão apresentados na Tabela 18.

**Tabela 18** - Diagnósticos de enfermagem de risco e fatores de risco do domínio **Eliminação e Troca** na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).

	f(%)	Fatores de risco	f(%)
<b>Diagnósticos</b>			
Risco de incontinência urinária de urgência	1 (4,0)	Efeito de medicação (diuréticos)	1 (100,0)
<b>Risco para incontinência fecal</b>	1 (4,0)	Anormalidade do esfíncter anal	1 (100,0)

O diagnóstico **risco de incontinência urinária de urgência** esteve presente em um idoso (4,0%). Significa: “estar em risco de perda involuntária de urina que ocorre imediatamente após uma forte sensação de urgência para urinar” (NANDA, 2006, p.132).

Este diagnóstico teve como fator de risco os efeitos de medicação (diuréticos). Foi apresentado por um idoso com hipertensão, DPOC, insuficiência cardíaca descompensada e miocardiopatia dilatada tendo afirmado que

eventualmente perde urina antes de chegar ao banheiro. Acredita que a causa seja a medicação prescrita.

A incontinência urinária é a perda involuntária de urina, podendo indicar uma doença de base que deve ser investigada. Devido ao estigma social e ao fato de muitos acreditarem ser natural do envelhecimento, alguns não relatam o fato ao profissional de saúde (ARAP; GOMES, 2002).

Uma das causas mais freqüentes da incontinência urinária de urgência citam-se: medicamentos (diuréticos e drogas de ação central) e ingesta hídrica aumentada.

Dentre as opções iniciais de tratamento da incontinência de urgência têm-se: técnicas comportamentais, treinamento vesical, reabilitação pélvica, restrição hídrica e tratamento farmacológico como: alfa adrenérgicos (WHITEHEAD-BUSEY; JOHNSON II, 2001; ARAP; GOMES, 2002).

A resposta humana **risco para incontinência fecal** não está catalogada na Taxonomia II da NANDA (2006), mas foi sugerida, pois foi apresentada por um idoso. O fator de risco foi a anormalidade do esfíncter anal 100,0%.

Esse diagnóstico foi encontrado em um idoso, que relatou a descida de fezes de conteúdo líquido sem conseguir chegar ao banheiro, em tempo hábil, para realizar a defecação. Referiu hemorróidas que estavam sendo tratadas.

A incontinência fecal é a incapacidade, em graus variados, de reter a matéria fecal e de evacuá-la de forma voluntária. Trata-se de condição incapacitante, constrangedora e com repercussões socioeconômicas significativa. Em outras circunstâncias, o paciente ou seus familiares, por déficit de cognição ou de atenção do paciente, podem interpretar os episódios de incontinência como sendo diarreia. Algumas doenças orificiais, como: as hemorróidas, a fístula anal e a fissura anal

crônicas, podem levar a perda de muco ou pus pelo ânus (ARAUJO; HABR-GAMA, 2002).

É necessário conhecer o grau de incontinência fecal, bem como o comprometimento da qualidade de vida do indivíduo afetado por esse distúrbio. Deve-se perguntar sobre operações anais e abdominais e história pessoal de constipação, investigando a consistência das fezes, frequência diária das evacuações, percepção da vontade de evacuação e sensação de evacuação incompleta, pois estes conhecimentos auxiliam no possível diagnóstico de risco de incontinência fecal. A realização de exercícios de contração voluntária da musculatura anal em uma ou mais sessões objetiva a hipertrofia do esfíncter externo do ânus e da musculatura do assoalho pélvico. Esses exercícios devem ser encorajados e a melhora dos episódios de perda fecal devem ser freqüentemente verificados (ARAUJO; HABR-GAMA, 2002).

Tanto as respostas de risco de incontinência urinária de urgência quanto o risco de incontinência fecal são prejudiciais à saúde do idoso. Sendo necessárias condutas, que revertam o problema e levem o paciente ao estado de bem-estar e melhoria de sua qualidade de vida.

A Tabela 19 demonstra os diagnósticos de enfermagem de bem-estar e características definidoras do domínio eliminação e troca.

**Tabela 19** - Diagnósticos de enfermagem de bem-estar e características definidoras do domínio **Eliminação e Troca** na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).

<b>Diagnósticos</b>	<b>f(%)</b>	<b>Características definidoras</b>	<b>f(%)</b>
Disposição para eliminação urinária melhorada	1 (4,0)	Ingestão de líquidos adequada para as necessidades diárias, urina de cor clara	1 (100,0)

A categoria diagnóstica **disposição para eliminação urinária melhorada** foi observada em um idoso (4,0%). Segundo a NANDA este diagnóstico refere ao: “padrão de funções urinárias que é suficiente para satisfazer necessidades de eliminação e que pode ser reforçado” (NANDA, 2006, p.92).

Esse diagnóstico foi caracterizado como ingestão de líquidos adequada para as necessidades diárias, urina de cor clara (100,0%). Uma avaliação de ingesta e eliminação líquida recente, dos idosos, é importante por causa do papel da hipodipsia que leva a desidratação e aos transtornos eletrolíticos, que frequentemente acompanham as infecções. O fluxo urinário diminuído pode acarretar infecção do trato urinário (WILSON, 2001).

A hidratação adequada do organismo se torna necessário por representar várias funções importantes no sistema gastrintestinais, na eliminação de resíduos, e na regulação e manutenção da temperatura corporal. Todas essas orientações devem ser iniciadas durante a internação e reforçadas na alta para o cuidado no domicílio.

### **5.2.9 – Diagnósticos de enfermagem no domínio - Nutrição**

O ser humano tem necessidade de nutrientes para viver, assegurar o seu crescimento, conservar a saúde e manter o equilíbrio (homeostasia). Para tanto, o organismo utiliza e coordena mecanismos complexos como a nutrição, metabolismo e equilíbrio eletrolítico (BERGER, 1995).

O domínio da **nutrição** engloba dez diagnósticos de enfermagem, inseridos entre as classes de ingestão e hidratação.

A Tabela 20 mostra a distribuição do diagnóstico de enfermagem, características definidoras e fatores relacionados dos idosos no domínio de nutrição da Taxonomia II da NANDA (2006).

**Tabela 20** - Diagnósticos de enfermagem reais, fatores relacionados e características definidoras do domínio **Nutrição** na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).

<b>Diagnósticos</b>	<b>f(%)</b>	<b>Fatores relacionados</b>	<b>f(%)</b>	<b>Características definidoras</b>	<b>f (%)</b>
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	1(4,0)	Incapacidade de ingerir ou digerir comidas ou absorver nutrientes causada por fatores biológicos, psicológicos ou econômicos.	1 (100,0)	Falta de interesse por comida	1 (100,0)

A categoria diagnóstica **nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais** ocorreu em 4,0% dos idosos. É a “ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer as necessidades metabólicas” (NANDA, 2006, p.169).

Em estudos realizados na comunidade, houve prevalência da desnutrição protéico-calórica e subnutrição estimada em 15,0% dos idosos residentes na comunidade, 20 a 65,0% em pacientes hospitalizados e 5 a 85,0% dos idosos institucionalizados. Uma boa nutrição é essencial para a manutenção da saúde, habilidades funcionais e uma vida independente. A subnutrição e a obesidade comprometem a qualidade de vida, uma vez que exacerbam doenças crônicas, aumenta as incapacidades, reduz a resistência a infecções, eleva o período de internação hospitalar e acelera a admissão em instituições de longa permanência (BEATTIE; LOUIE, 2001).

Esse diagnóstico esteve relacionado à incapacidade de ingerir ou digerir comidas ou absorver nutrientes causados por fatores biológicos, psicológicos ou econômicos (100,0%), caracterizado por falta de interesse por comida (100,0%).

Essa resposta foi apresentada por um idoso em tratamento de leucemia que relatou fraqueza e falta de vontade de se alimentar.

O tratamento para neoplasias induz a uma grave deficiência imunológica, afetando a imunidade mediada por células, a função fagocitária, o sistema de complemento, concentrações de imunoglobulinas. Possui risco elevado de infecções e disfunções gastrintestinais (RANG; DALE; RITTER, 2004).

A nutrição desequilibrada menor do que as necessidades corporais, uma vez identificada, deve ser corrigida o mais rapidamente possível, pois se não for revertida o paciente pode desenvolver complicações gravíssimas como: distúrbios de cicatrização, fraqueza e processos infecciosos.

Para corrigir quadros de desequilíbrios nutricionais, o enfermeiro deverá contar com a ajuda de uma equipe multiprofissional e encaminhar o idoso e a família para o nutricionista, no momento da alta, a fim de serem esclarecidos quanto a dieta do idoso, a ser seguida no domicílio.

A Tabela 21 demonstra os diagnósticos de risco e fatores de risco do domínio nutrição.

**Tabela 21** - Diagnósticos de enfermagem de risco e fatores de risco do domínio **Nutrição** na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).

<b>Diagnósticos</b>	<b>f (%)</b>	<b>Fatores de risco</b>	<b>f (%)</b>
Risco de volume de líquidos deficiente	1 (4,0)	Medicações (diuréticos)	1 (100,0)
<b><u>Risco de nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais</u></b>	1 (4,0)	Falta de apetite para ingerir ou digerir comida causada por fatores biológicos.	1 (100,0)

O diagnóstico **risco de volume de líquido deficiente** ocorreu em um idoso (4,0%). O diagnóstico de risco descreve respostas humanas as condições de saúde/processos vitais que podem desenvolver-se em um indivíduo, família ou

comunidade vulnerável. NANDA define **risco de volume de líquido deficiente** como “risco de desidratação celular ou intracelular” (NANDA, 2006, p.244). O idoso relatou ingerir cerca de três copos de água por dia, pois não sente sede excessivamente.

O fator relacionado, desta resposta humana, foi o uso de diuréticos (100,0%). Com a idade, a ação das drogas afeta o metabolismo e a função renal, e o efeito dos medicamentos poderá ser potencializado, atenuando os efeitos adversos. É importante ressaltar que, os diuréticos aumentam as excreções de sódio e água do corpo, pelos rins. Logo, se o idoso não usar o medicamento, na dosagem correta, e não ingerir quantidade adequada de líquido estará em risco de volume de líquidos deficientes (RANG; DALE; RITTER, 2004).

Todavia, para que a resposta seja revertida, de modo a proporcionar o bem-estar do paciente, os profissionais devem prepará-lo para o autocuidado no domicílio, de modo que seja conscientizado e alertado para sinais de desidratação, bem como da necessidade do aumento da ingestão hídrica, sobretudo quanto ao uso de hidralazidas.

O diagnóstico **risco de nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais** não está catalogado na NANDA (2006). Foi sugerido este diagnóstico, pois 4% dos idosos apresentaram este risco, que esteve relacionado à falta de apetite para ingerir ou digerir comida causada por fatores biológicos (100,0%).

Um idoso em tratamento com mieloma múltiplo queixou falta de apetite, embora apresentasse IMC adequado. Entretanto, para a alta, o quadro de inapetência não estava atenuado, como durante a internação, porém devido aos

medicamentos e constantes internações o paciente apresenta risco de nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais.

Caso esta resposta não seja revertida o paciente poderá apresentar fraqueza, relato ou evidência de ingestão inadequada de comida e sensação de sabor alterado. O envelhecimento produz graus variáveis de alterações sensoriais. Diminuição do olfato associada à redução do número de papilas gustativas podem ocasionar menos apetite e sede, provocando desequilíbrio orgânico com perda de peso. Todas essas manifestações associadas ao tratamento antineoplásico podem levar o idoso a um quadro de inapetência.

O risco de desnutrição, no idoso, é causa e consequência de inúmeros fatores, que funcionam como um círculo vicioso. Então, a nutrição deve ser verificada sob vários aspectos: sociais, econômicos, culturais, fisiopatológicos, psicológicos e cognitivos, pois só assim o enfermeiro poderá transformar o diagnóstico de risco de nutrição desequilibrada menos do que as necessidades corporais em diagnóstico de bem estar. O idoso e a família devem prevenir intercorrências, alimentando-se adequadamente, prevenindo desnutrição.

Os diagnósticos de enfermagem de bem-estar e características definidoras do domínio nutrição estão apresentados na tabela 22.

**Tabela 22** - Diagnósticos de enfermagem de bem-estar e características definidoras do domínio **Nutrição** na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital- escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).

<b>Diagnósticos</b>	<b>f (%)</b>	<b>Características definidoras</b>	<b>f (%)</b>
Disposição para equilíbrio de líquidos aumentado	4(16,0)	Expressar desejo de aumentar o equilíbrio de líquidos Ingesta de alimentos e líquidos adequada para as necessidades diárias	3 (75,0) 1 (25,0)

O diagnóstico de **disposição para equilíbrio de líquidos aumentado** apresentou frequência de 16,0%. Trata-se de “um padrão de equilíbrio entre volume

de líquidos e a composição química dos líquidos corporais suficiente para satisfazer as necessidades físicas e pode ser reforçado” (NANDA, 2006, p.106).

Neste diagnóstico, as principais características definidoras foram: expressar desejo de aumentar o equilíbrio de líquidos (75,0%) e ingesta de alimentos e líquidos adequados para as necessidades diárias (25,0%). Os idosos que apresentaram **disposição para equilíbrio de líquidos aumentado** afirmaram que foram orientados pelos profissionais sobre os benefícios da ingesta hídrica, e contavam com auxílio da família para mantê-la adequada, no retorno para casa.

O idoso, no ambiente domiciliar, deve ser estimulado a aumentar a ingesta hídrica, Os familiares ou cuidadores devem atentar para a prescrição de diuréticos, devendo os mesmos serem oferecidos respeitando o sono do idoso. A ingesta hídrica deve ser distribuída no período de 12 horas.

#### **5.2.10 - Diagnósticos de enfermagem no domínio – Conforto.**

O domínio do **conforto** trata da “sensação de bem-estar ou conforto mental, físico ou social” (NANDA, 2006, p.270). Poirier (1995) afirma que bem-estar representa uma atitude positiva quanto à saúde, implica numa relação estreita entre todos os componentes individuais, sejam: físicos, emocionais, mentais, espirituais, sociais ou culturais. Essa noção está presente mesmo nos aspectos mais negativos de saúde como as doenças crônicas, a velhice e a morte.

A tabela 23 demonstra os diagnósticos de enfermagem reais, fatores relacionados e características definidoras do domínio conforto.

**Tabela 23** - Diagnósticos de enfermagem reais, fatores relacionado e características definidoras do domínio **Conforto** na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).

Diagnósticos	f (%)	Fatores relacionados	f (%)	Características definidoras	f (%)
Dor aguda	5(20,0)	A agentes lesivos (físicos)	5 (100,0)	Relato verbal	4 (80,0)
Isolamento social	1(4,0)	Incapacidade de engajar-se em relacionamentos pessoais satisfatórios	1 (100,0)	Expressa sentimentos de solidão imposta por outros	1 (100,0)

O domínio conforto possui quatro diagnósticos de enfermagem, onde, sete idosos (28,0%) apresentaram respostas humanas neste domínio.

O diagnóstico **dor aguda** esteve presente em cinco idosos (20,0%). É conceituado como: as “experiências sensorial e emocional desagradáveis que surgem de lesão tissular real ou potencial ou descritas de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses” (NANDA, 2006, p.90).

Este diagnóstico esteve relacionado a agentes lesivos/físicos (100,0%) e caracterizado por relato verbal (80,0%). A dor é um evento complexo e com variantes (biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais). São inúmeras as causas que podem influenciar a existência e a intensidade da dor no decurso do tempo, a primeira das quais é a que se identifica como presumível resultado duma agressão ou lesão. A dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde.

A **dor aguda** é a dor de início recente e de duração provavelmente limitada. Normalmente, há uma definição temporal e/ou causal. É considerada útil e limitante, já que indica um traumatismo e motiva o indivíduo a buscar alívio através do

tratamento da dor e, geralmente, da causa. Habitualmente, com tratamento, a dor aguda é reversível ou controlável (BLACK; JACOBS, 1996).

Quando a pessoa apresenta dor, a qualidade de vida fica comprometida, podendo ser expressa por depressão (inclusive com elevado risco de suicídio), ansiedade, dificuldades para dormir, distúrbios de apetite e perda de peso, comprometimento cognitivo e limitações, na realização de atividades rotineiras.

O enfermeiro deve selecionar os melhores instrumentos de avaliação da dor a fim de caracterizá-la e orientar as respostas ao tratamento, considerando a multidimensionalidade da dor (aspectos físicos, emocionais, culturais, e ambientais), para que os ajustes da terapia, quando necessária ocorram de modo efetivo e rápido (PIMENTA; KURITA, 2006).

Há necessidade de programas que permitam melhor formação profissional e ampliação de pesquisas visando orientar os profissionais atuantes na clínica em estudo. É de igual importância o aprimoramento das estratégias de administração da dor dos idosos nas comunidades (GIBSON, 2006).

Os enfermeiros atuam de diversos modos nos tratamentos farmacológicos. Podem aprender e utilizar programas de orientação cognitivo-comportamentais; além de oferecer suporte, acolher doentes e familiares diante do sofrimento, dúvidas e medos diante da dor (PIMENTA; KURITA, 2006).

O diagnóstico de **isolamento social** é definido pela NANDA (2006, p.145) como: “solidão experimentada pelo indivíduo e percebida como imposta pelos outros como estado negativo ou ameaçador”.

Esse diagnóstico ocorreu em um idoso (4,0%) relacionado com a incapacidade de engajar-se em relacionamentos pessoais satisfatórios (100,0%), caracterizados por expressar sentimentos de solidão imposta pelos outros (100,0%).

O idoso sente dificuldades em sintetizar e integrar os impulsos nervosos provenientes dos sentidos, por causa de modificações sensoriais, que causam ansiedade e o imobiliza levando-o ao isolamento social resultante da privação sensorial (POIRIER, 1995).

O isolamento social esteve presente em um idoso que alegou não ter a atenção dos filhos. Os enfermeiros podem detectar os idosos que apresentam **isolamento social**, e encorajá-los para tomadas de decisões que ajudem a manter a auto-estima. A família e/ou cuidadores dos idosos fragilizados, devem ser orientados quanto à necessidade e a importância do convívio social para a prevenção da solidão.

A Tabela 24 demonstra os diagnósticos de enfermagem de risco e fatores de risco do domínio conforto.

**Tabela 24** - Diagnósticos de enfermagem de risco e fatores de risco do domínio **Conforto** na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).

<b>Diagnósticos</b>	<b>f (%)</b>	<b>Fatores de risco</b>	<b>f (%)</b>
<b>Risco de dor aguda</b>	1(4,0)	Lesão nos membros inferiores	1 (100,0)

O possível diagnóstico de enfermagem **risco de dor aguda** não está catalogado na Taxonomia II da NANDA (2006). Foi incluído por ter sido apresentado em um idoso (4,0%) com lesões no membro inferior esquerdo há quatro anos, durante a admissão teve o diagnóstico de dor aguda, solucionado mediante tratamento, porém, é portador de uma doença crônica e auto-imune, estando em constante **risco de dor aguda**. Quando a ferida começa a doer ela se interna, para que a lesão se feche e não sinta dor. Na volta para o domicílio tem prescrição de analgésicos e encaminhamento para realização de curativo na atenção básica.

A dor implica em prejuízos físicos, psíquicos, sociais e econômicos, tais como: alterações posturais, limitações ou perdas da mobilidade e deambulação, quadros depressivos, angústia, sentimentos de impotência, perda de controle, alterações da memória e da capacidade de concentração, perda ou afastamento do trabalho, da atividade de lazer, problemas de relacionamentos pessoais e problemas econômicos, advindos de menor ganho, maior gastos e freqüente uso do sistema de saúde (PIMENTA; KURITA, 2006).

A dor aguda está relacionada a afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias. Tem a função de alertar o organismo sobre agressões. Freqüentemente, desaparece após a cura da lesão, tem delimitação têmporo-espacial precisa, há respostas neurovegetativas associadas (elevação da pressão arterial, taquicardia, taquipnéia, entre outros) e são comuns ansiedade e agitação psicomotora (TEIXEIRA; PIMENTA, 1994).

A dor interfere em outras respostas humanas como: sono atividade e repouso, enfrentamento/tolerância ao estresse e até na percepção e cognição.

No domínio de conforto, o enfermeiro deve intervir para prevenir ou minimizar os efeitos deletérios da dor. A efetiva assistência de enfermagem junto a pacientes que apresentam dor é dirigida no sentido dos causadores de estresse mecânicos, químicos e térmicos, capazes de baixar a tolerância à dor, isso inclui a proteção dos clientes a irritações locais ou inflamações como: infecção ou novas lesões ao tecido traumatizado (BLACK; JACOBS, 1996).

O enfermeiro deve aumentar o seu conhecimento, adquirindo habilidades para novas intervenções. A atuação do enfermeiro envolve ações de avaliação e tratamento, nas situações de dor no: hospital, domicílio, comunidade atendendo o idoso e seus familiares, garantindo conforto.

### 5.2.11 – Diagnósticos de enfermagem no domínio – Sexualidade.

O domínio da sexualidade compreende a identidade sexual, função sexual e reprodução. Estão catalogados nesse domínio três classes, dois diagnósticos de enfermagem foram apresentados por cinco idosos (20,0%), como mostra a Tabela 25.

**Tabela 25** - Diagnósticos de enfermagem reais, fatores relacionados e características definidoras do domínio **Sexualidade** na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).

Diagnósticos	f (%)	Fatores relacionados	f (%)	Características definidoras	f (%)
Disfunção sexual	3(12,0)	Falta de pessoa significativa	1 (33,3)	Verbalização do problema	2 (66,6)
		Estrutura corporal da função alterada (processo de doença)	1 (33,3)	Limitações reais ou percebidas impostas pessoa-doença e ou pela terapêutica	1 (33,3)
		Informação inadequada ou falta de conhecimento	1 (33,3)	Conflitos envolvendo valores	1 (33,3)
Padrão sexualidade ineficaz	2(8,0)	<b>Rejeição</b>	1 (50,0)	Verbalização do problema	1(50,0)
		Relacionamento prejudicado com uma pessoa significativa	1 (50,0)	Dificuldades, limitações ou mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais	2 (100,0)

A **disfunção sexual** foi apresentada por três pacientes (12,0%), sendo definida pela NANDA como: “mudança na função sexual, que é vista como insatisfatória não-compensadora e inadequada” (NANDA, 2006, p.209).

Com o envelhecimento, as funções sexuais são influenciadas pela integridade do sistema nervoso e das funções sensoriais do organismo. Na mulher, o envelhecimento endócrino é responsável pela atrofia do útero, dos ovários, provocando alterações involutivas na vagina, grandes lábios e clitóris. As

modificações glandulares vaginais reduzem a secreção do muco o que pode causar dispneúria. Já, o sistema reprodutor masculino sofre modificações nos testículos, que se atrofiam, ficam menos firmes e o líquido seminal é menos abundante. Há também hipertrofia prostática, podendo estrangular a uretra e provocar problemas urinários (BERGER, 1995).

O diagnóstico de **disfunção sexual** esteve relacionado à falta de pessoa significativa (33,3%), estrutura corporal de função alterada - processos de doença (33,3%) e informação inadequada ou falta de conhecimento (33,3%).

Esse diagnóstico foi constatado em idosos divorciados ou viúvos ou portadores de doenças, em geral crônicas. Relataram dificuldades em resolver aspectos ligados à sexualidade. A perda do cônjuge e o isolamento social afetam sensivelmente a sexualidade do idoso. Tais alterações podem diminuir a capacidade sexual, todavia a libido é presente, tanto no homem quanto na mulher e as relações sexuais, embora menos freqüentes, são satisfatórias (BERGER, 1995).

A categoria diagnóstica **disfunção sexual** foi caracterizada por verbalização do problema (66,6%), limitações reais ou percebidas, impostas pela pessoa-doença e ou pela terapêutica (33,3%) e conflitos envolvendo valores (33,3%).

Essa resposta humana alterada, quando não corrigida, pode levar o idoso a quadros de baixa auto-estima, isolamento social e depressão. O enfermeiro pode estabelecer confiança com o paciente e familiares, discutir valores e crenças, com o idoso em busca de conhecer o seu plano de vida, discutir formas alternativas de expressão sexual, que sejam aceitáveis ao paciente, quando adequadas, conscientizar o idoso, quanto as modificações necessárias na atividade sexual e fornecer informações sobre a função sexual.

A categoria diagnóstica **padrão de sexualidade ineficaz** foi encontrada em dois idosos (8,0%). É definida como: “expressões de preocupação quanto à sua própria sexualidade” (NANDA, 2006, p.210).

Os fatores descritos no **padrão de sexualidade ineficaz** foram: **rejeição** (50,0%) e relacionamento prejudicado com uma pessoa significativa (50,0%). Este diagnóstico foi caracterizado por dificuldades, limitações ou mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais (100,0%) e verbalização do problema (50%). Uma paciente afirmou que parou de ter relações sexuais freqüentes com o marido, porque perdeu a vontade. Alia esse comportamento à doença, à solidão e rejeição. Por isso, sugeriu-se a inclusão do fator relacionado **rejeição** na Taxonomia II da NANDA, por ser importante para essa resposta humana.

Ao levantar os diagnósticos, deste domínio, o enfermeiro deverá planejar ações de educação em saúde, por meio de atividades individualizadas e/ou grupo, objetivando romper mitos e tabus que cercam assuntos difíceis de serem abordados, como sexo e sexualidade, a fim de manter o idoso engajado na sociedade e nas suas relações íntimas.

#### **5.2.12 – Diagnósticos de enfermagem no domínio – Princípios de Vida.**

O domínio **princípios de vida** de acordo com NANDA “são os princípios nos quais são baseados a conduta, o pensamento e o comportamento quanto aos atos, costumes ou instituições, encarados como verdadeiros ou dotados de valor intrínseco” (NANDA, 2006, p.268). Neste domínio, estão catalogadas as classes dos valores, crenças e congruência entre valores/crenças/ações. A classe dos valores

não possui diagnóstico de enfermagem, as demais somam nove diagnósticos. Neste estudo foram encontradas duas categorias diagnósticas apresentadas por um idoso (4,0%), conforme apresenta a Tabela 26.

**Tabela 26** - Diagnósticos de enfermagem de bem estar e características definidoras do domínio **Princípios de Vida** na alta hospitalar de idosos da clínica médica de um hospital-escola. Região Centro-Oeste, abril - outubro 2007. (n=25).

<b>Diagnósticos</b>	<b>f (%)</b>	<b>Características definidoras</b>	<b>f (%)</b>
Disposição para bem-estar espiritual aumentado	1 (4,0)	Participar de atividades religiosas	1 (100,0)
Disposição para religiosidade aumentada	1(4,0)	Solicita encontrar-se com líderes/facilitadores religiosos	1(100,0)
		Expressa desejo de reforçar modelos de crenças religiosas e costumes que proporcionaram conforto/ religiosidade no passado	1 (100,0)

A resposta humana **disposição para bem-estar espiritual aumentado** refere-se à “capacidade de experimentar e integrar o significado e o objetivo da vida através de conexão com si mesmo, terceiros, arte, música, literatura, natureza ou a um poder maior” (NANDA, 2006, p.110), caracterizado por participar de atividades religiosas (100,0%).

A religião ocupa importante espaço na vida das pessoas e a religiosidade pode ajudá-las a encontrar o significado e a coerência, no mundo (MICKLEY; SOEKEN; BELCHER, 1992). Pargament (1996) afirma que, no idoso, há mais resiliência ligada à religiosidade, como rezar, pedir orientação e esperar para decidir/agir até adquirir mais informações.

A **disposição para religiosidade aumentada** é: a “capacidade de aumentar a confiança em crenças religiosas e/ou participar de ritos de uma fé religiosa em particular” (NANDA, 2006, p.2000). Esse diagnóstico foi caracterizado por expressar desejo de reforçar modelos de crenças religiosas e costumes que proporcionaram

conforto/ religiosidade no passado (100,0%) e solicita encontrar-se com líderes/ facilitadores religiosos (100,0%).

Os diagnósticos desse domínio foram apresentados por um idoso que solicitou sua alta, para se aconselhar com o pastor de sua igreja, sobre a realização de uma cirurgia de retirada do baço. Esse fato demonstra a forte relação de valores e crenças pessoais, diante dos problemas de saúde.

As pessoas idosas são mais religiosas do que as jovens. A fé em Deus cresce, aumentando, assim, a leitura da Bíblia e a participação em cultos (BLAZER; PALMORE, 1976). Os idosos utilizam a religiosidade como força para superar os problemas cotidianos.

Quando este domínio não é respeitado o idoso pode apresentar respostas de religiosidade prejudicada. O idoso ao ser acometido por determinadas patologias pode manifestar respostas como: mobilidade física prejudicada, intolerância à atividade, fadiga, déficit no autocuidado, débito cardíaco diminuído e dor aguda. Todas podem interferir na busca e na manutenção da religiosidade, pois muitos idosos, por não freqüentarem a igreja ou não terem contato com um líder religioso, acreditam estar afastados de sua crenças, valores e espiritualidade, isto pode ser maléfico, para o bem-estar do idoso.

O envelhecimento é repleto de experiências ricas em que o idoso parece apresentar aumento da disposição para a religiosidade. O profissional pode tornar disponível a assistência religiosa, sempre que solicitado, pelo idoso, respeitando o credo de cada um.

A sistematização da assistência de enfermagem para a alta hospitalar constitui-se de um instrumento com potencial para transformação das vidas de idosos e familiares após a alta hospitalar. Ao conhecer os diagnósticos de

enfermagem, o profissional poderá desenvolver intervenções, visando a promoção, prevenção e reabilitação, ou seja, medidas para a melhoria da qualidade de vida.

## 6-CONCLUSÃO

Com este estudo foi possível descrever as condições socioeconômicas e demográficas, analisar o perfil dos diagnósticos de enfermagem, características definidoras e fatores relacionados e fatores de risco dos idosos, em processo de alta hospitalar.

Quanto ao perfil socioeconômico predominou o sexo masculino, a faixa etária de 60 a 69 anos, casados, católicos, com até um ano de escolaridade, renda mensal de até um salário mínimo e com problemas cardíacos e respiratórios. Os idosos, desse estudo, contam com o auxílio de cuidadores, prevalecendo os laços familiares, evidenciando a necessidade da inserção da família e cuidadores, no preparo da alta hospitalar para o domicílio, considerando a realidade de cada idoso, o potencial de sua família e da sua comunidade.

Foram encontrados 317 diagnósticos de enfermagem, em 25 participantes do estudo, em média 12 diagnósticos, por sujeito. Assim, uma pessoa poderá apresentar grande quantidade de respostas humanas mesmo estando em processo de alta, pressupondo que as orientações devam ser oferecidas, o mais precoce possível, para que na alta o idoso possa apresentar o máximo de diagnósticos de bem-estar.

Maiores freqüências de respostas humanas foram encontradas nos domínios de promoção de saúde (100,0%), segurança e proteção (100,0%), percepção e cognição (96,0%), autopercepção (88,0%), relacionamento de papéis (88,0%), enfrentamento/ tolerância ao estresse (88,0%) e atividade e repouso (84,0%).

Os domínios de sexualidade (24,0%) e princípios de vida (4,0%) apresentaram menor freqüência neste estudo.

Tal resultado pode ser reflexo do preconceito existente nas questões que envolvem a sexualidade. Quanto ao domínio de princípios de vida, as respostas encontradas dizem respeito ao envolvimento do idoso com questões ligadas à religiosidade, crenças e valores que se tornam mais fortes, nesta etapa da vida. Todas as respostas encontradas foram de disposição, ou seja, estes idosos já ratificam a satisfação com suas crenças, valores e rituais religiosos,

Os diagnósticos de enfermagem **reais** com frequência maior que 50,0% foram: dentição prejudicada (96,0%) e conhecimento deficiente sobre vários tópicos totalizaram 84% dos idosos. Os diagnósticos reais indicam que o idoso possui sinais e sintomas advindos de problemas de saúde bucal e de outros problemas de saúde, sendo um desafio para o profissional reabilitar e prevenir agravos causados pela doença. Caso os cuidados não sejam realizados, o idoso utilizará muito mais os serviços de saúde, aumentará a taxa de hospitalização e necessitará dos serviços de reabilitação. Haverá perda da atividade laboral, acarretando sobrecarga no sistema previdenciário e desgastes do cuidador e familiares.

Os diagnósticos de **bem estar** que tiveram frequência maior que 50,0% foram: disposição para autoconceito melhorado (84,0%), disposição para enfrentamento aumentado (80,0%), disposição para processos familiares melhorados (76,0%) e disposição para o controle aumentado do regime terapêutico (64,0%).

Esses diagnósticos reforçam os processos de busca de saúde que são benéficos e podem ser reforçados. Os idosos apresentaram disposições para o bem-estar na promoção de saúde, enfrentamento eficaz e relacionamentos familiares saudáveis, contribuindo para a continuidade do cuidado, após a alta. Para a manutenção dessas respostas o enfermeiro deve criar novas formas de cuidar,

incluindo a educação em saúde, estimulando o diálogo, os questionamentos, reflexões e dinamismo da ação de aprendizagem, garantindo extensão de uma assistência resolutiva, integral, humanizada e sistemática, para o idoso no ambiente domiciliar.

Os fatores relacionados encontrados com frequência maior que 50,0% foram: percepção sensorial alterada (100,0%), falta de interesse em aprender (100,0%), falta de exposição (100,0%), falta de familiaridade com o recurso de informação (100,0%), falta de interesse em aprender (100,0%), fraqueza e cansaço (100,0%), agentes lesivos (físicos) (100,0%), estado emocional especialmente frustração (100,0%), estado de doença e condição física debilitada (85,7%), destruição das camadas da pele (80,0%), ameaça de mudança do estado de saúde (66,6%) e barreira econômica ou de acesso ao cuidado profissional (54,1%).

As características definidoras com frequência maior que 50,0% foram: recursos da assistência à saúde são insuficientes para incidências ou prevalências das doenças (100,0%), verbalização do problema (100,0%), demonstração das doenças (100,0%), locomoção ao acaso (100,0%), experiência relatada de esquecimento (100,0%), incapacidade de recordar informações factuais (100,0%), falta de energia (100,0%), incapacidade de manter o nível habitual de atividade física (100,0%), capacidade prejudicada para obter ou repor artigos de vestuário (100,0%), escolhas apropriadas de atividades diárias para atingir os objetivos de um programa de tratamento ou prevenção (90,9%), cansaço (85,7%), aceita suas qualidades e limitações (85,0%), distorções visuais (83,3%), expressar desejo de aumentar o equilíbrio de líquidos (74,0%), ausência de alguns ou de todos os dentes (62,5%), funcionamento familiar que satisfaz as necessidades físicas, sociais e psicológicas dos membros da família (57,8%), escolhas do dia-a-dia adequadas, para satisfazer

os objetivos do tratamento ou prevenção (56,2%) e expressa desejo de melhorar sua nutrição (53,8%).

Há forte relação, dos fatores relacionados e características definidoras as áreas cognitiva, biológica e psicológica. Conferindo semelhança entre as causas e manifestações apresentada pelos idosos desta pesquisa, onde a fragilidade destes se deve ao processo fisiológico do envelhecimento. Torna-se difícil mensurar qual a área mais afetada, pois a biológica está inserida na função cognitiva e ambas influenciam os aspectos sociais. Fatores como: percepção sensorial alterada, fraqueza, cansaço e debilidade, podem ser revertidos desde que minimizadas as patologias desencadeantes, prevenindo então as frustrações, ameaça de mudança do estado de saúde. Assim, os idosos podem apresentar escolhas apropriadas de atividades diárias, para atingir os objetivos de um programa de tratamento ou prevenção.

Os diagnósticos de **risco** encontrados foram: risco de infecção (68,0%), risco de quedas (48,0%), risco de intolerância à atividade (24,0%), risco de solidão (4,0%), risco de sentimento de impotência (2,0%), risco de volume de líquidos deficientes (4,0%) e risco de incontinência urinária de urgência (4,0%).

Os fatores de risco para esses diagnósticos foram: efeitos de medicação (diuréticos) (100,0%), anormalidades do esfíncter anal (100,0%), procedimentos invasivos (100,0%), idade acima de 65 anos (100,0%), presença de problemas circulatórios e respiratórios (83,3%), energia diminuída e fadiga (80,0%) e histórico de quedas (66,6%).

A maioria das situações de risco está relacionada aos problemas crônicos agravados pelo processo de envelhecimento, por isso o enfermeiro deve incentivar o idoso a mudança de comportamentos de risco e adesão a programas da atenção

básica, prevenindo assim as conseqüências dos agravos das patologias. A promoção de saúde, nesse contexto, se faz necessária, sendo a estratégia de escolha para a prevenção de respostas negativas, entretanto, é importante que o idoso tenha informações sobre as doenças existentes, prevenção e tratamento, e possa sentir-se parte do processo saúde-doença, vivenciando o quanto ele pode fazer por si mesmo.

Foram identificados cinco novos diagnósticos de risco e alguns fatores relacionados que ainda não foram descritas na Taxonomia da NANDA (2006), suas definições e fatores de risco. São eles:

**Risco de padrão respiratório ineficaz** - esse diagnóstico de risco chama a atenção do profissional para o desenvolvimento de estratégias capazes de prevenir a resposta de padrão respiratório ineficaz.

**Risco de incontinência fecal** - essa resposta merece atenção especial do profissional, devido ao processo de envelhecimento associado à constipação, diarreia e hábitos alimentares inadequados.

**Risco de nutrição desequilibrada menos do que as necessidade corporais** - a inclusão do diagnóstico de risco, torna-se um meio pelo qual o enfermeiro pode corrigir as disfuncionalidades antes do paciente apresentar o diagnóstico real.

**Risco de dor aguda** - este diagnóstico foi incluído, para que o bem-estar físico não seja interrompido e proporcione conforto ao paciente com patologia crônica.

**Risco de ventilação espontânea prejudicada** - o prejuízo da ventilação espontânea pode trazer sérias complicações ao paciente. Mesmo que o problema seja corrigido para a alta, essa resposta pode ser reapresentada.

Foi identificado ainda o fator relacionado **ausência de material antiderrapante em escada** para o diagnóstico risco de quedas, por ser um fator importante para a prevenção de quedas em idosos. Para o diagnóstico padrão de sexualidade ineficaz recomenda-se o fator relacionado **rejeição**, pois é um sentimento importante a ser verificado, na área da sexualidade.

Para o diagnóstico débito cardíaco diminuído foi identificada a característica definidora **mudanças no Raio-X de tórax**, pois nos pacientes com esta resposta humana foi constatado o aumento da área cardíaca e hilo congestivo, em cardiopatas.

Sugerem-se estudos posteriores para refinamento e aprofundando dessas repostas humanas e fatores relacionados identificados neste estudo.

Durante o envelhecimento, o indivíduo está sujeito a várias enfermidades, principalmente de caráter crônico, necessitando de internações para tratamento e controle. Porém, não basta controlá-las, é fundamental a educação para a saúde, incentivando o paciente, na alta, a adquirir hábitos saudáveis, para que sejam minimizados os efeitos deletérios dessas patologias, aumentando a autonomia e a independência. O enfermeiro pode, ainda, prevenir as doenças crônicas não transmissíveis na população jovem, por meio de educação em saúde, para envelhecerem saudáveis e livres da senilidade, extinguindo comportamentos de risco como: ingestão de líquidos deficientes, inatividade física, alimentação inadequada, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas.

Concluí-se que há possibilidade de operacionalizar o uso dos diagnósticos de enfermagem da Taxonomia II da NANDA, na sistematização da assistência de enfermagem na alta hospitalar, desde que seja iniciado no momento da admissão, de forma sistemática. A equipe deve mobilizar esforços para fazer as orientações e

avaliar o aprendizado, de forma a garantir resolubilidade e integralidade da assistência de enfermagem, concretizado pela aderência do idoso ao tratamento, evitando sofrimentos no ambiente domiciliar pós-alta, garantindo a manutenção do idoso na comunidade com independência e autonomia.

## 7-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização desta pesquisa, podemos afirmar que o processo fisiológico do envelhecimento provoca desequilíbrios e limitações nas condições físicas, interferindo nos aspectos cognitivos e sociais, restringindo as funções do idoso após a alta hospitalar.

Os idosos demonstram comportamentos da busca de saúde, para a prevenção de agravos já que a doença crônica não pode ser curada. Ela precisa ser controlada ao longo do tempo, e isto requer que o profissional crie condições que garantam a adesão do idoso ao tratamento. Caso o idoso tenha acometimentos, deve-se manter o funcionamento deste com o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento capazes de retardar a incapacidade, dependência e perda da autonomia.

Dentre as dificuldades de realização deste estudo teve-se: o desenvolvimento de um instrumento que contemplasse todos os domínios e classes da taxonomia II da NANDA, criando questões adequadas que pudessem, por meio do raciocínio clínico, identificar os diagnósticos de enfermagem. A criação dos parâmetros de avaliação com descrição dos atributos críticos, também foi uma tarefa repleta de desafios superados pela colaboração de professores, que se dispuseram em validar e refinar a semiotécnica e o instrumento de coleta de dados, sendo este processo demorado, pois foi preciso pesquisar diversas referências que reunisse todos os domínios da NANDA.

Outra dificuldade foi a realização da coleta de dados que proporcionasse conforto ao idoso, e que não deixasse lacuna durante a confecção da análise e síntese dos dados, tendo em vista que o idoso estava em processo de alta.

Houve limitações da pesquisadora em abordar questões relacionadas a sexualidade, pois mesmo usando tom de voz baixo e colocação de biombo, devido a permanência do idoso na enfermaria com outros pacientes, este se mostrou retraído, porém, esta barreira não atrapalhou a identificação das respostas humanas na área da sexualidade.

Durante a coleta de dados, para identificar o idoso, em processo de alta hospitalar, foi realizado um levantamento diário de internação. Também, contamos com a colaboração de funcionários que nos avisavam quando os pacientes receberiam alta, em tempo diferente do previsto, contribuindo assim para a coleta de dados, em tempo hábil.

Após realização, deste estudo, ficou evidente que o Sistema de Classificação de Diagnósticos da NANDA é capaz de fundamentar a prática dos enfermeiros no atendimento aos clientes hospitalizados na clínica médica e na atenção básica, de modo responsável, e, ao mesmo tempo, elevar a autonomia da equipe de enfermagem.

No hospital pesquisado o envolvimento institucional já é uma realidade, sendo feita a continuidade da capacitação de todos os exercitantes de enfermagem, com o fim de traçar estratégias para a manutenção do processo de sistematização, porém o envolvimento dos funcionários é gradativo, dificultando o impacto da assistência aos usuários deste serviço.

A realização deste estudo nos levou a repensar na assistência prestada na atenção básica, sobretudo aos cuidados direcionados ao idoso, ampliando a nossa visão sobre o processo de envelhecimento e responsabilidade deste nível do atendimento para reabilitação da saúde, para prevenção de agravos e na manutenção do idoso na comunidade.

Este estudo traz implicações importantes para o ensino e para a prática de enfermagem na clínica em estudo, haja vista que, a partir da identificação dos principais diagnósticos presentes na clientela permitirão o desenvolvimento de protocolos assistenciais, que favorecerão uma assistência eficaz e de qualidade ao cliente.

O estudo é relevante para a prática de enfermagem porém não tem-se a intenção de fazer generalizações.

## 8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBASI, A. Nutrição. In: DUTHIE, E. H.; KATZ, P. R. **Geriatría prática**. 3.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002, p.140

ALMEIDA, O. P. Queixa de problemas com a memória é o diagnóstico de demência. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 56, n.3A, p.412-418, set, 1998.

AMÂNCIO, A.; CAVALCANTE, P. C. **Clínica geriátrica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975, cap.11, p.85-93.

AMARAL, A. C. S. et al. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes hospitalizados. **Cad Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1617-1626, nov/dez, 2004.

ANDRADE, F. A.; PEREIRA, L. V.; SOUSA, F. A. E. F. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v.14, n.2, p.271-276, mar/abr, 2006.

ARAP, M. A; GOMES, C. M. Incontinência Urinária. In: BRASIL. Instituto para o desenvolvimento de saúde. **Manual de condutas médicas**: instituto para o desenvolvimento de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p.391-395.

ARAUJO, S. E. D. A; HABR-GAMA. A. incontinência fecal. In: BRASIL. Instituto para o desenvolvimento de saúde. **Manual de condutas médicas**: instituto para o desenvolvimento de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, p.388-390.

ARAÚJO, L. A. O; BACHION, M. M. Diagnóstico de Enfermagem do padrão mover em idosos de uma comunidade atendida pelo PSF. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 53-61, 2005.

ARAUJO, M. O. P. H. D; CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n.3, p.378-385, set, 2007.

ASSIS, D. M; HARTZ, A. M. Z; VALLA, V. Programas de promoção de saúde do idoso: uma revisão de literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p. 557-581, jul /set, 2004.

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de enfermagem**: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

AYÉNDES, M. S. **El apoyo social e informal. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa**. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994.

BARROS, A. L. B. L et al. **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BATES, B.; BICKLEY, L. S.; HOCKELMAN, R. **Propedêutica médica**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

BEAR, M. F. **Neurociências: desvendando o sistema nervoso**. 2.ed. Porto Alegre: Ed. Artmed; 2002.

BEARD, C. M. et al. The prevalence of dementia is changing over time in Rochester, Minnesota. **Neurology**, v.45, p.75-79, 1995.

BEATTIE, B. L.; LOUIE, V. Y. Nutrição e envelhecimento. In: REICHEL, W. **Assistência ao idoso**: aspectos clínicos do envelhecimento. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, cap.25, p.241-258.

BECK, A. T. et al. **Terapia cognitiva da depressão**. Tradução de Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BENKO, M. A.; SILVA, M. J. P. Pensando a espiritualidade no ensino de graduação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.4, n.1, p.71-85, jan, 1996.

BERGER, L. Beber e comer. In: BERGER, L.; POIRIER, M. D. **Pessoas idosas: uma nova abordagem global, processo de enfermagem por necessidades**. Lisboa: Lusodidacta, 1995, cap.12, p.215-257.

BERGER, L.; POIRIER, M. D. **Pessoas idosas: Uma nova abordagem global, processo de enfermagem por necessidades**. Lisboa: Lusodidacta, 1995.

BERNBAUN, J. C. et al. Nonnutritive sucking during gavage feeding enhances growth and maturation in premature infants. **Pediatrics**, v.71, n.1, p.41-45, 1989.

BEZINELLI, J. **Jung e o sagrado**. Encontros de psicologia junguiana. São Paulo: Paulus, 2003.

BLACK, M. J; JACOBS, M. E. **Enfermagem médico-cirúrgica: Uma abordagem psicofisiológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.1,1996.

BLAZER, D.; PALMORE, E. Religion and aging in a longitudinal panel. **Gerontologist**, v.16, n.1, p.82-85, 1976.

BOAS, P. J. F. V.; RUIZ, T. Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. **Revista de Saúde Pública**, v.3, n.38, p. 372-8, jun, 2004.

BORGES, A. D. V. S. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. **Psicologia em Estudo**, v.11, n.2, p.361-369, mai/ago, 2006.

BOTREL, T. E. A. et al. Doenças cardiovasculares: causas e prevenção. **Rev Bras Clin Ter**, v.26, p.87-90, maio, 2000.

BRAGA, C. G.; CRUZ, D. A. L. M. A taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.11, n.2. p.240-244, mar/abr, 2003.

BRANDÃO, C. L.C. et al. A imagem corporal do idoso com câncer atendido no ambulatório de cuidados paliativos do ICHC-FMUSP. **Psicologia hospitalar**, v.2, n.2, dez, 2004.

BRANDEN, N. **Auto-estima, como aprender a gostar de si mesmo**. 3.ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde – Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996 – Brasília: 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Controle de Infecção Hospitalar**. Portaria nº2616. Diário Oficial, 12 de maio de 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política de saúde do idoso**. Portaria n.1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999. Brasília, 1999. Disponível em: <<http://www.funasa.br>>. Acesso em: 13 de junho de 2007.

\_\_\_\_\_. IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Goiás-Go, População de idosos no Estado de Goiás. 1991-2000. 2002

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho nacional das secretarias municipais de saúde (Conasems) – **O sus de a a z:garantindo saúde nos municípios**. 2.ed. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, n.17, 2006d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e.

BRENNAN, A.; BREWI, J. **Meia idade e vida**: oração e lazer, fontes de novo dinamismo. São Paulo: Paulinas, 1991.

BRINK.J. J. Biologia e fisiologia celular do envelhecimento. In: REICHEL, W. **Assistência à saúde do idoso**: aspectos clínicos do envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, cap.49, p.272-276.

BRITO FILHO, L.F.D. **Clínica voz o processo de envelhecimento e o comportamento vocal**. Monografia de conclusão do curso de especialização em Voz. Rio de Janeiro, 1999.

BRITO, M. A. G. M. Diagnósticos de enfermagem da NANDA identificados em pessoas com lesão medular mediante abordagem baseada na teoria do déficit de autocuidado. 2007. 229f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, Goiânia, 2007.

BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F. L. B.; MANETTA, C. E. Função do sistema mastigatório e sua importância no processo digestivo. In: BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F. L. B. **Odontogeriatría**: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas, 2002, cap.9, p.54-60.

BURNISIDE, I. M. **Nursing and the aged**. 2.ed. New York: Macgraw-hill, 1981.

BUSBY-WHITEHEAD, J.; JOHNSON, T.M. Incontinência Urinária. In: REICHEL, W. **Assistência ao Idoso**. Aspectos Clínicos do Envelhecimento. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.290.

BUSS, P. M. **Promoción de la Salud y la Salud Pública**: Una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe. Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

BYRNE, G. J. A. What happens to anxiety disorders in later life? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.24, p.74-80, abr, 2002.

CAÇÃO, J.C. et al. Repercussões da doença crônica na qualidade de vida de pacientes ambulatoriais. **Rev. Bras. Clin Terap.**, v.28, n.5, p.181-184, set, 2002.

CALDAS, C. P. A dimensão existencial da pessoa idosa e seu cuidador. **Textos sobre Envelhecimento**. Rio de Janeiro, v.3, n.4, jul., 2000.

CAMPOS, M. T. F. S. **Efeitos da suplementação alimentar em idosos**. Dissertação (Mestrado em Ciência e Tecnologia de Alimentos) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 1996. 119p.

CAMPOS, M. T. F. S.; MONTEIRO, J. B. R.; ORNELAS, A. P. R. C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Rev. Nutr.**, v.13, n.3, p.157-165, set/dez, 2000.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, v.31 n.2, p.209-213,abr., 1997.

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem**. 6.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría**: fundamentos, clínica e terapêutica. . 2ª. Ed, São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

CARVALHO, F. J. W. Envelhecimento do aparelho gênito-urinário. In: Freitas, E. V. P. L. et al. **Tratado de Geriatría e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p.426–429, 2002.

CATALDO, M. L.; MUSACCHIO, C. Sinais e sintomas em otorrinolaringologia. In: GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, U. G. V. **Sinais e sintomas em geriatria**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2004, cap.13, p.135-142.

CECILIO, L. C. D. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, v.13, n.3, p.469-478, jul/set, 1997.

CERVO, A. L. **Metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHAIMOWICK, F. **Epidemiologia e o Envelhecimento no Brasil**. 2<sup>a</sup>. Ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CORREA, A. C. O. A doença de Alzheimer. In: CORREA, A. C. O. **Envelhecimento, depressão e a doença de Alzheimer**. Belo horizonte: Health, 1996.

COSTA FILHO, E. T.; PAPALETTO NETTO, M. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2004.

COSTA, E. F. A. et al. Semiologia do idoso. In: PORTO, C. C. **Semiologia Médica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

COSTA, E. C.; NAKATANI, A.Y.K., BACHION, M.M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. **Acta Paulista Enfermagem**, v.19, n.1, p.43-8, jan/mar, 2006.

CROSSETTI, M. G. O. **Processo de cuidar: uma aproximação à questão existencial na enfermagem**. 1997. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997. 157 f.

CRUZ, I.C.F. Diagnósticos e prescrições de enfermagem: recriando os instrumentos de trabalho. **Texto e contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.4, n.1, p. 60-69, jan/jun. 1995.

CRUZ, M. H. S. **Manual de atenção ao idoso da rede da SES-DF**. Brasília: Fundação de Ensino Pesquisa em Ciências da Saúde, 2006.

CUNHA, U. G. V. et al. Incontinência urinária do idoso hospitalizado. **Geriatrics em Síntese**, v.1, n.2, p.113-7, 1988.

CUNHA, L. A. P.; ALVES, C. A. R. Aspectos oftalmológicos do envelhecimento: In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALEO NETTO, M. **Geriatrics**: fundamentos, clínica e terapêuticas. São Paulo: Atheneu, 2000, cap.28, p.353-364.

CUNHA, U. G. V.; et al. Sinais e sintomas em psicogeriatrics. In: GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, U. G. V. **Sinais e sintomas em geriatrics**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2004, cap.9, p.99-113

CURIATI, J. A. E.; ALENCAR, Y. M. G. Aspectos da propedêutica do idoso. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics**: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2000. p.41-50.

DALRI, M. C. B.; CARVALHO, E. C. Planejamento da assistência de enfermagem a paciente portadores de queimadura utilizando um software: aplicação em quatro pacientes. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.10, n.6, p.787-93, nov., 2002.

DANAHI, J. F.; GILCHREST, B. A. Dermatologia geriátrica. In: REICHEL, W. **Assistência a saúde do idoso: aspectos clínicos do envelhecimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 38, p.385-392, 2001.

DANTAS, R. A. S.; STUCHI, R. A. G; ROSSI, L. A. A alta hospitalar para familiares de pacientes com doença arterialcoronariana. **Rev Esc Enferm USP**, v.36, n.4, p.345-50, 2002.

DAVIM, R. M. B. et al.. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Revista Latino-Am Enfermagem**, v.12, n.3, p.518-524, maio-junho, 2004.

DENTON, M., WALTERS, V. Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. **Social Science and Medicine**, v.48, n.9, p.1221-1235, May 1999.

DIOGO, M. J. D. E.; DUARTE, Y. A. O. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.762-767.

DIOGO, M. J. D'E.; CEOLIM, M. F.; CINTRA, F. A. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. **Rev Esc Enferm USP**, v.39, n.1, p.97-102, mar, 2005.

DORMENVAL, V.; MOJON, P.; BUDTZ-JORGENSEN, E. Associations between self-assessed masticatory ability, nutritional status, prosthetic status and salivary flow rate in hospitalized elders. **Oral Dis**, v.5, n.1, p.32-38, jan, 1999.

DREXLER, H. et al. Alterations of skeletal muscle in chronic heart failure. **Circulation**, v.85, n.5, p.1751-9, 1992.

DRIVER, H. S.; TAYLOR, S. Exercise and sleep. **Sleep Med Rev**, v.4, p.387-402, 2000.

DUARTE, T. Atividade física para o idoso dependente. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. **Saúde do Idoso a arte de cuidar**. 2.ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004, p.152-156.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LIMA-COSTA, F. D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.15, n.5/6, p.370-8, mai/jun, 2005.

DU GAS, B.W. **Enfermagem prática**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984.

DUARTE, VB; et al. A perspectiva do envelhecer para o ser idoso e sua família. **Rev. Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.7, n.1, p.42-50, jan./abr. 2005

DUPAS, G. et al. Reflexão e Síntese Acerca do Modelo Auto Cuidado de Orem. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v.7, n.1, p.19-26, jan./mar. 1997.

EBERSOLE, P. **Geriatric nursing and healthy aging**. St. Louis: Mosby, 2001.

ELHART, D. et al. **Princípios científicos de enfermagem**. Lisboa: Portuguesa de livros técnicos e científicos, 1983, cap.4, p.288-96.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002, p.11-24.

ESPÍNDOLA, C. R.; BLAY, S. L. Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**, v.41, n.2, p.301-306, 2007.

FABRICIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA JUNIOR, M. L. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.1, p. 93-99, 2004.

FAVARATO, et al. Sexualidade e climatério: influência de fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Reprod Clim**, v.15, n.4, p.199-202, 2000.

FEMING, K. C. A assistência aguda e crônica do idoso: minimizando a doença iatrogênica. In: REICHER, W. **Assistência ao Idoso: Aspectos Clínicos do Envelhecimento**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, cap 66, p.563-572.

FERRARI, M. A. C. A Terapia Ocupacional na Reabilitação do Portador de Alzheimer. **Rev. Mundo saúde**, v.5, n.4, p.425-429, out/dez, 2001.

FERREIRA, M. T.; BRAGGION, G. F.; MATSUDO, S. M. Necessidades Nutricionais no idoso ativo. **Anuário Nutrição esportiva**, v.5, 23 ed. P. 35-41,.2004 .

FERRARO, K. F., FARMER, M. M., WYBRANIEC, J. A. Health trajectories: long-term dynamics among black and white adults. **Journal of Health and Social Behavior**, v.38, n.1, p.38-54, Mar. 1997.

FILLENBAUM, G. G. **The Well-Being of the elderly**: approaches to multidimensional assessment. Geneva: World Health Organization, 1984.

FINK, S. V. The influence of family resources and family demands on the strains and well-being of care giving families. **Nurs Res**, v.44, n.3, p.139-45, mai/jun, 1995.

FLORENTINO, A. M. Influência dos fatores econômicos, sociais e psicológicos no estado nutricional do idoso. In: FRANK, A. A.; SOARES, E. A. **Nutrição no envelhecer**. São Paulo: Editora Atheneu, 2002. cap.1, p.3-11,

FREIRE, P. **A educação na cidade**. São Paulo: Cortez, 1991.

FRUMI, C.; CELICH, K. L. S. O olhar do idoso frente ao envelhecimento e à morte. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, p.92-100, jul/dez. 2006.

GAIDZINSKI, R.R.; CAMPEDELLI, M.C. Orientações de enfermagem para a alta hospitalar. In: CAMPEDELLI, M. C. **Processo de enfermagem na prática**. 2.ed. São Paulo: Ática, 1992, p.112-122.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, I. et al. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar**: realidade, questões, soluções. São Paulo, v.2, p.37-63, 2004.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; CARVALHO, E. C. Nursing process: application to the professional practice. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 3, n. 2, 2004.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; JORGE, M.H.P.; KOIZUMI, M. S. Mortes e internações por causas externas entre idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. **Rev. Assoc. Med. Brás**, v.50, n.1, p.97-103, 2004.

GEIB L. T. C. et al. Sono e envelhecimento. **R. Psiquiatr.**, v.25, n.3, p.453-465, set/dez, 2003.

GEORGE, J.B. et al. **Teorias de Enfermagem**: os fundamentos para prática profissional. Porto alegre: Artes médicas, 2000.

GIATTI, L.; BARRETO, S. Saúde, Trabalho e Envelhecimento no Brasil. **Cadernos de Saúde Publica**. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.759-771, 2003.

GIBSON, S. J. **Older people's pain**. Pain: Clinical Updates, 2006, v.14, p.1-4.

GLASHAN, R. Q.; SANTOS, M. C.; OLIVEIRA, A. P. Perfil do idoso internado em unidade clínica de um hospital geral universitário da Grande São Paulo, com vistas à enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**, v.12, n.2, p. 94-106, 1999.

GOLD, D. T.; ROBERTO, K. A. Correlates and consequences of chronic pain in older adults. **Geriatr Nurse**, v.21, n.5, p.270-3, set/out, 2000.

GONÇALVES, L. H. T. Tendências de assistência de Enfermagem – assistência ao idoso. In: CONGRESSO PAN AMERICANO DE ENFERMÉRIA, 51, 2000. **Anais** do Congresso Brasileiro de Enfermagem, Florianópolis, p.235-244, 2000.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; SANTOS, S. M. A. Os cuidadores leigos de pessoas idosas. In: Duarte, Y. A. O.; Diogo, M. J. D. E. **Atendimento domiciliar**: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000, p.102-10.

GORDON, M. Nursing diagnosis: process and application. 3.ed. St Louis: MOSBY, 1994. p. 35-44.

GORZONI, M. L. Análise dos parâmetros clínicos de idosos internados em enfermaria de clínica médica. **Rev Assoc Med Brás**, v.41, n. 14, 227-32, 1995.

GRUCIONE, A. A. et al. Avaliação funcional. In: O'SULLIVAM, S. B.; SCHIMITZ, T. **J. Fisioterapia**. 2.ed. São Paulo: Manole, 1993, p.251-59.

GUIMARAES, M. R; CUNHA. V. G.U. **Sinais e sintomas em geriatria**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2004.

HADDOCK, K. S. Chacteristics of effecte discharge planning programs for the frail elderly. **Journal Of Gerontological Nursing**, v.17, n.7, p.10-13, jul.1991.

HALL, S. **A questão da identidade cultural**. Tradução Andréa B. M. Jacinto e Simone M. Frangella. 3.ed. Campinas: IFCH/UNICAMP, 2005.

HAM, R. J. As queixas mais comuns dos idosos. In: REICHEL, W. **Assistência a saúde do idoso**: aspectos clínicos do envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, cap.6, p.68-72.

HERÉDIA, V. B. et al. **Abandono na velhice**. Rio de Janeiro: Texto sobre envelhecimento, 2005, v.8, n.3.

HERRERA, J. E.; CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, estado de São Paulo, Brasil. **Rev Psiq clín**, v.25, p.70-3, 1998.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. 8.ed. São Paulo: EPU, 1979.

HULL, R. H. Hearing loss in older adults. In Hull, R.H. **Aural rehabilitation**. San Diego: Singular Publishing Group, 1992, p.215-31.

JACOB, M. **Geriatrics em comprimido**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2004.

JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

JORM, A. F.; KORTEN, A. E.; HENDERSON, A. S. The prevalence of dementia: a quantitative survey of the literature. **Acta Psychiat Scand**, v.76, p.465-479, 1987.

JUNG, C. G. **Psicologia da Religião Ocidental e Oriental**. Obras Completas, Petrópolis: Vozes, 1988, v. XI.

KARSCH, U.M. Idosos dependentes famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 3, p.861-866, mai/jun, 2003.

KATCH, F. I.; MCARDLL, W. D. **Nutrição, exercício e saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1996.

KATZ, J. **Tratado de audiologia clínica**. São Paulo: Manole, 1989.

KAY, P. D.; TIDEIKSAAR, R. Quedas e distúrbios de marcha. In: ABRAMS, W. B; BERKOW, R. **Manual Merck de Geriatria**. São Paulo: Ed Roca; 1995.

KEDZIERA, P. L. Easing elders' pain. **Holist Nurs Pract**, v.15, n.2, p.4-16, 2001.

KIELING C. H. **Reabilitação audiológica em idosos**. Monografia (Especialização em Audiologia Clínica) - Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. Porto Alegre, 1999.

KHAN, A.H. et al. Diagnóstico e controle da doença cardíaca no idoso. In: REICHEL, W. **Assistência ao Idoso**. Aspectos Clínicos do Envelhecimento. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

KIYAK, H. A. Age and culture: influences on oral health behavior. **Int Dent J**, v.43,

p.9-16, 1993.

KOLCABA, K. Y. A taxonomic structure for the concept comfort. **Image J. Nurs.Sch.**, v.25, n.4, p.237-40, 1991.

KUEBLER, K.; BERRY, P.; HEIDRICH, D. **End-of-life care**: clinical practice guidelines. Philadelphia: W. B. Saunders, 2002.

LACERDA, P. F. et al. Estudo da ocorrência de “Dor Crônica” em idosos atendidos de uma comunidade atendida pelo PSF em Goiânia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.07, n.1, p.29-40, 2005.

LAKATTA, E. G. Changes in cardiovascular functions with aging process. **Eur Heart J**, v.11, p.22-9, 1990.

LEININGER, M. A relevant nursing theory: transcultural care diversity and universality. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1. Florianópolis, 1985. **Anais**. Florianópolis, Editora da Universidade Federal de Santa Catarina, 1985. p.232-54.

LEME, L. E. G. **O envelhecimento: conhecer e enfrentar**. 3. ed. São Paulo: Contexto, 2000a.

LEME, L. E. G. Incontinência urinária. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría**: fundamentos, clínica e terapêutica. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000b, cap.17, p.227-31b.

LEME, L. E. G; SILVA, P. S. C. Pereira. O idoso e a família. In: PAPALÉO NETTO. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

LEVY, J. A; MENDONÇA, L. I. Envelhecimento cerebral. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría**: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2000, cap.5, p. 51-62.

LLERA, F. G.; MARTÍN, J. P. M. **Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico**. Barcelona: Masson, 1994.

LIBERMAN, A.; FREITAS, E. **Diagnóstico e tratamento em cardiologia geriátrica**. São Paulo: Manole, 2005, p.5-12.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamento da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, jun., 2003.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad Saúde Pública**, v.19, p.745-57, 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p.700-701, jun., 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHOA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.6, p.827-834, dez. 2004.

LOPES, G. P. Sexualidade: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. In: Fernandes C. E. **Menopausa e tratamento**. São Paulo: Editora Segmento, 2003, p.117-24.

LOPES, G.; CABRAL, R. Sinais e sintomas em transtornos sexuais. In: GUIMARAES, M. R; CUNHA. V. G.U. **Sinais e sintomas em geriatria**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2004, cap.23, p.229-235.

LOYOLA FILHO, A.I. et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.13, n.4, p.229-238, 2004.

LUECKENOTTE, A. G. **Avaliação em Gerontologia**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affoson, 2002.

LUZARDO, A. R.; GORINI, M. I. P. C.; Silva, A. P. S. S. D. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um Serviço de Neurogeriatria. **Texto & contexto enferm**;v.15, n.4, p.587-594, out.-dez, 2006.

MACHADO, M. M. T.; LEITAO, G. C. M.; HOLANDA, F. U. X. The concept of communicative action: a contribution to nursing consultation. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.13, n.5, 2005.

MACIEL, A. C. Incontinência urinária. In: FREITAS, E. V. P. L et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 426-429a.

MARIA, V. L. R. **Elaboração de diagnóstico de enfermagem do paciente coronariano em estado crítico**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da USP. São Paulo (SP), 1997.

MARRA, C. C. et al.. Orientação planejada de enfermagem na alta hospitalar. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 2, n. 4, p. 123-27, dez, 1989.

MEDEIROS, M.; OSÓRIO, R. G.; VARELLA, S. O levantamento de informações sobre as famílias nas PNADs de 1992 a 1999. **Texto para Discussão**. IPEA: São Paulo, 2002.

MELLO, A. L. S. F.; ERDMANN, A. L.. Revelando contradições e incorporando melhores práticas no cuidado à saúde bucal de idosos. **Physis**, v.17, n.1, p.139-156, jan/abr., 2007.

MENDES, Maria A.; BASTOS, Marisa A.R. Processo de Enfermagem: seqüências no cuidar fazem a diferença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n.3, p.271-6, maio/jun. 2003.

MERCADANTE, E. Aspectos antropológicos do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, p.73-6.

MICKLEY, J. R.; SOEKEN, K.; BELCHER, A. Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer. **Image J Nurs Scholarsh**, v.24, n.4, p.267-72, 1992.

MILLER, J. F. **Coping with chronic illness: overcoming powerlessness**. 2.ed. Philadelphia: F.A. Davis, 1992.

MINOTTI, J. R. et al. Impaired skeletal muscle function in patients with congestive heart failure. Relationship to systemic exercise performance. **J Clin Invest**, v.88, n.6, p.2077-82, 1991.

MONTEFUSCO, S. R. A. **Diagnóstico de enfermagem identificados em famílias em situação de acompanhamento hospitalar utilizando o modelo Calgary**. 2007. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem, Goiânia, 2007.

MORAES-FILHO, J. P. P.; SUYAMA, C. M.; RODRIGUEZ, T. N. Constipação intestinal funcional. **Rev. Bras. Med.**, v.63, n.8, p. 365-371, aug., 2006.

MOREIRA, M. D.; COSTA, A. R.; CALDAS, C. P. Variáveis associadas à ocorrência de quedas a partir dos diagnósticos de enfermagem em idosos atendidos ambulatorialmente. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.15, n.2, p.311-317, mar/abr. 2007.

MORSE, J. M. Comfort: the refocusing of nursing care. **Clin. Nurs. Res.**, v.1, n.1, p.91-106, 1992.

MUSSE, A. M. X. V. Saúde oral e envelhecimento. In: SALDANHA, L. A.; CALDAS, C. P. **A saúde do idoso: a arte**. 2.ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004, p.96-99.

MUSSI, F. C. Conforto: revisão de literatura. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.30, n.2, p.254-66, ago, 1996.

NAKATANI A. Y. K et al. Perfil sócio-demográfico e avaliação funcional de idosos atendidos por uma equipe de saúde da família na periferia de Goiânia, Goiás. **Rev Soc Bra Clín Méd.** v.1, n.5, p. 131-6, 2003.

NASCIMENTO, C. A. G. D. S.; CRUZ, L. A. D. Discurso, identidade e representação social do idoso. **Estudos Lingüísticos**, p.45-54, set/dez, 2007.

NERI, A. L. **Cuidar de idosos no contexto da família:** questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea, 2002.

NERI, M. C.; SOARES, W. L. Idade, incapacidade e o número de pessoas com deficiência. **R. bras. Est. Pop.**, v.21, n. 2, p. 303-321, jul/dez, 2004.

NEVES-ARRUDA, E. O conforto na perspectiva dos pacientes com câncer. Florianópolis. Florianópolis: Centro de Pesquisas Oncológicas, 1990.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA:** Definições e classificação – 2001/2002. Tradução Jeanne L. M.Michael. Porto Alegre: Artmed, 2002.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da Nanda:** definições e classificação 2005-2006. Tradução de Cristina Correa. Porto Alegre: Artmed, 2006.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da Nanda:** definições e classificação 2007-2008. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2008.

NORTON, C. Faecal incontinence in adults: prevalence and causes. **British Journal of Nursing**, v.5, n.22, p.1366-1374, 1996.

NUNES, D.P.; NAKATANI, A.Y. K. Análise das condições socioeconômicas e de saúde dos idosos atendidos pelo PSF do Distrito Sanitário leste de Goiânia, Go. In: CONGRESSO DE PESQUISA, ENSINO E EXTENSÃO DA UFG - CONPEEX, 3.,

2006, Goiânia. **Anais eletrônicos do XIII Seminário de Iniciação Científica** [CD-ROM], Goiânia: UFG, 2006.

OKUMA, Silene Sumire. **O idoso e a atividade física**. São Paulo: Papyrus, 1998.

OLIVEIRA, et al. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. **Psicologia em Estudo**, v.11, n.2, p.351-359, mai/ago, 2006.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

OPAS. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Building Standard – Based Nursing Information Systems**. Washington: PAHO, 2001.

OREM, D. **Nursing concepts of practice**. 5.ed. St. Louis: Mosby-Year Book; 1995.

PASCHOALIN, H. C. et al. A vulnerabilidade aos acidentes entre os idosos moradores da Fundação Espírita João de Freitas de Juiz de Fora, Minas Gerais. **REME**, v.8, n.2, p.321-325, abr/jun. 2004.

PAPALÉO NETTO, M. Tratado de gerontologia 2 edição. Rio de Janeiro Atheneu, 2007.

PARGAMENT, K. I. Religious methods of coping: resources for the conservation and transformation of significance. In: SHAFRANSKE, E. P. **Religion and the Clinical Practice of Psychology**. Washington: APA, 1996, p.215-239.

PAVARINE, S. C. I. **Dependência comportamental na velhice**: uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação da Universidade de Campinas, 1996.

PAYKEL, E. S. et al. Incidence of dementia in a population older than 75 years in the United Kingdom. **Arch Gen Psychiatry**, v. 51, p.325-332,1994.

PEREZ, V.L.de A.B. et al. Diagnóstico de enfermagem: um desafio de enfermagem para os anos 90. **Rev. Bras. Enfermagem**, v.43, n.1/2/3/4, p.14-8, jan/dez, 1990.

PICCOLI, M.; GALVÃO, C. M. Enfermagem pré-operatório: identificação do diagnóstico de enfermagem para infecção fundamentado no módulo conceitual de Levine. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.9, n.04, jul. 2001.

PIMENTA, C. A. de M. et al. O ensino da avaliação do paciente: proposta de delineamento do conteúdo pelo diagnóstico de enfermagem. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, p. 69-76, jul. 1993.

PIMENTA, C. A. D. M; KURITA, G. P. Dor aguda e dor crônica: avaliação e controle. In: KOIZUMI, M. S; DICCCINI, S. **Enfermagem em neurociência**: fundamentos para a pratica clinica. São Paulo: Atheneu, 2006, p. 509-525.

PINEAU, C. The psychological meaning of comfort. **Int. Review Appl. Psychol.**, v.31, n.2, p.271-83, 1982.

POEHLMAN, E. T.; DVORAK, R. V. Energy expenditure, energy intake, and weight loss in Alzheimer disease. **Am j clin nutre**, v.71, n.2, p.650-655, 2000.

POIRIER, M. D. Eliminar. In: BERGER, L.; POIRIER, M. D. **Pessoas idosas**: uma nova abordagem global, processo de enfermagem por necessidades. Lisboa: Lusodidacta, 1995, cap.13, p.259-285.

POLIT, DF; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO, C. C. **Exame clínico**. Bases para a prática médica. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

POSSO, M.B.S. **Semiologia e semiotécnica de enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2003.

PRACIDELLI, F. et al. A imagem corporal dos idosos internados na enfermagem do serviço de geriatria: uma visão fisioterápica e psicológica. **Mundo saúde**, v.25, n.4, p.404-410, out/dez, 2001.

PRADO, D. **Esposa: a mais antiga profissão**. São Paulo: Brasiliense, 1979.

PRADO, S. D.; TAVARES, E. L. Alimentação Saudável na Terceira Idade. In: SALDANHA, A.L.; CALDAS, C.P. **Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. 2.ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p.89.

PY, L. **Finitude**: uma proposta para reflexão e prática em Gerontologia. Rio de Janeiro: Nau, 1999.

RAMOS, L. R.; MACEDO FILHO, J. M. C. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, v.33, n.5, p.445-53, 1999.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p.793-797, jun., 2003.

RANG, H. P.; DALE, M. M, RITTER, J. M. **Farmacologia**. 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

REICHEL, W. **Assistência ao Idoso**. Aspectos Clínicos do Envelhecimento. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

REIS, O. M. D. **Crenças de idosos portadores de diabetes mellitus sobre a doença e hábitos alimentares**. Monografia (Especialização) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, 2002. 46 fls

REIS, A. L. O. C. **Idosos em família: chefia ou dependência—determinantes socioeconômicos e demográficos**. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro, 2005.

RIBEIRO, E. E. et al. Sinais e sintomas do aparelho respiratório. In: GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, U. G. V. **Sinais e sintomas em geriatria**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2004, cap.16 p. 157-168.

RIBEIRO, N. O ambiente terapêutico como agente otimizador na neuroplasticidade em reabilitação de pacientes neurológicos. **Rev Diálogos possíveis**, n.2, p.107-117, ago/dez, 2005.

RISNER, P. B. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: CHRISTESEN, P.J.; KENNEY, J.W. **Nursing process application of conceptual models**. St. Louis: Mosby, 1995.

ROACH, S. **Introdução à Gerontologia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001

ROACH, S. S. **Introdução a enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROCHA, F. **Um estudo com base populacional de hábitos de sono, prevalência e fatores associados à insônia**. Tese (Doutorado) - Universidade de Brasília. Brasília, 2000.

RODRIGUES, A. P. R; DIOGO, D. J. M. **Como cuidar de idosos**. São Paulo: Papyrus, 1996.

RODRIGUES, C. M. Incontinência urinária no idoso. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. **Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. 2.ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004, p.175-186.

RODRIGUES, M. C. Sono e insônia no idoso. In: SALDANHA, L, A; CALDAS, C. P. **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2.ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004, p.100-9.

ROGET'S, H. **The new thesaurus**. Boston: Houghton Mifflin, 1980.

SALGADO, J. M. Nutrição na terceira idade. In: BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F. L. B. **Odontogeriatría: noções de interesse clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 2002, cap.4, p.63-70.

SANTANA, R. F.; SANTOS, I. D. Transcender com a natureza: a espiritualidade para os idosos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 148 - 158, 2005.  
Disponível em [http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_2/v7n2.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/v7n2.htm)

SCAZUFCA, M. et al. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.6, p.773-778, 2002.

SHINKAI, R. S. A.; DEL BEL CURY, A. A. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.4, 2000.

SHUMAN, J. M. Nutrição no envelhecimento. In: MAHAN, L. K., STUMP, S.E. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 9.ed. São Paulo : Roca, 1998. cap. 14: p.293-312.

SILVA, L. M. G. Breve reflexão sobre autocuidado no planejamento de alta hospitalar pós-transplante de medula óssea (TMO): relato de caso. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 9, n.4, p.75-82, 2001.

SILVA, S. R. C.; FERNANDES, R. A. C. Autopercepção das condições bucais de saúde bucal por idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.35, p.349-55, 2001.

SILVA, M.D.C. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **UNATI**, v.8, n.1, 2005.

SILVA, A. L.; SAINTRAIN, M. V. L. Interferência do perfil epidemiológico do idoso na atenção odontológica. **Rev. bras. epidemiol.**, v.9, n.2, p.242-250, jun, 2006.

SIQUEIRA, A. B. et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.5, p.687-694, out, 2004.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. **BRUNNER & SUDDART. Tratado de enfermagem medico cirúrgica.** 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOARES, E.A. et al. **Relações de medidas caseiras de 320 alimentos e respectivas gramagens.** São Paulo: USP. 1991.

SOUZA, M. F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev. Bras. Enferm**, v.53, n. Esp. p.25-30, 2000.

SOUZA, J. A. G.; IGLESIAS, A. C. R. G. Trauma no idoso. **Rev. Assoc. Med. Brás**, v.48, n.1, p.79-86, jan/mar,. 2002.

TAVARES, D. M. S. et al. Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n.5, p.1341-1352, set/out, 2007.

TEIXEIRA, M. J., PIMENTA, C. A. M. Introdução. In: TEIXEIRA, M. J., CORRÊIA, C. F.; PIMENTA, C. A. M. **Dor: conceitos gerais.** São Paulo: Limay, 1994, p.3-7.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos de Promoção da Saúde.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Curso de Pós - Graduação em Psicologia, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 105p.

TRENTINI, M. et al. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.13, n.1, p.38-45, jan-fev, 2005.

TRINDADE, F. C. Sinais e sintomas em oftalmologia. In: GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, U. G. V. **Sinais e sintomas em geriatria.** 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2004, cap.12, p.129-134.

**V Diretriz Brasileira de Hipertensão.** São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC, 2006.

VALLA, V.V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. **Interface, comunicação, saúde, educação**, v.4, n.7, p.37-56. Ago., 2000.

VASCONCELLOS, D. et al. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas - comparação transcultural. **Estud. Psicol. (Natal)**, v.9, n.3, p.413-419, set-dez, 2004.

VECCHIA, R. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev. bras. epidemiol.**, v.8, n.3, p.246-252, set, 2005.

VELOZ, M. C. T.; NASCIMENTO-SCHULZE, C. M.; CAMARGO, B. V. Social representations of aging. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v.12, n.2, 1999.

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Pública**, v.21, n.3, p.21-225, jun, 1987.

VERAS, R. A era dos idosos: desafios contemporâneos. In: SALDANHA, L. A.; CALDAS, C. P. **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2.ed. Rio de Janeiro: Interciência, p. 3-10, 2004

VERNON, Michael, S. Acidentes com o idoso. In: REICHEL, W. **Assistência ao Idoso**. Aspectos Clínicos do Envelhecimento. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

VIEIRA, D.B. **Manual de Gerontologia**: um guia teórico- prático para profissionais, cuidadores e familiares. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

VYGOTSKY, L. S.; LURIA, A. R.; LEONTIEV, N. A. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. São Paulo: EDUSP, 1988.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: O resgate necessário. Porto Alegre: Sagra

Luzzato, 1998.

WEINERT, D. Age-dependent changes of the circadian system. **Chronobiology International**, v.17, n.3, p.261–283, 2000.

WHITE, B. S.; ROBERTS, S. L. Powerlessness and the pulmonary alveolar edema patient. **Dimens Crit Care Nurs**, v.12, n.3, p.127-37, 1993.

WHITEHEAD-BUSEY, J. Exercícios físicos para idosos. In: REICHEL, W. **Assistência a saúde do idoso**: aspectos clínicos do envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, cap.9, p.109-120.

WHITEHEAD-BUSEY, J; JOHNSON II, T.M. Incontinência urinária. In: REICHEL, W. **Assistência a saúde do idoso**: aspectos clínicos do envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, cap.29, p.209-296.

WILSON, L.A. infecção no idoso. In: REICHEL, W. **Assistência a saúde do idoso**: aspectos clínicos do envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, cap.23, p.226-235.

WILHIANS, S. R. **Fundamentos de nutrição e dietoterapia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. World Health Organization. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 23, 2005.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias**: Um guia pra avaliação e intervenção na família. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.

ZIMERMAN G.I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2000

YAAR, M.; GILCHREST, B.A. - Aging of skin. In: FREEDBERG, E.M. et al. **Fitzpatrick's Dermatology in general medicine**. 5.ed., New York: McGraw-Hill, v.2, cap.145, pp. 1697-1706, 1999.

YODER, M.G. Distúrbios do Ouvido, nariz e garganta. In: REICHEL, W. **Assistência ao Idoso**. Aspectos Clínicos do Envelhecimento. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap.44, 2001.

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

**ANEXOS**

## APÊNDICE A CARTA DE APROVAÇÃO COMITÊ ÉTICA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO ESPORTE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL

PROTOCOLO CEPNHA/HC/UFG Nº 171/06

Goiânia, 14/12/2006

**INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL (IES):**

*Orientadora: Prof. Maria Márcia Bachion.*

*Equipe: Jacqueline Rodrigues de Lima, Adélia Yacho Kyosen Nakatani, Maria Alice Coelho, Denise Boutelet Munari, Virginia Visconde Brasil, Elizabeth Esperidião Cardoso, Adenícia Custódia Silva e Sousa, Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto, Karina Suzuki, Fabiana Ribeiro, Helisamara Mota Guedes, Walquiria Leite dos Santos, Fernanda Alves Ferreira, Nilde Resplandes dos Santos, Reginaldo Martins da Silva e Emilia Campos do Carvalho.*

**TÍTULO:** *"Avaliação da educação permanente para trabalhadores de enfermagem de Hospital Universitária da Região Centro-Oeste - juntamente com 1 (quatro) sub-projetos".*

**Área Temática:** *Grupo III*

**Local de Realização:** *Hospital das Clínicas/UFG*

Senhor(a) Pesquisador(a),

Após análise, informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal-HC/UFG, analisou e aprovou sem restrições o projeto de Pesquisa acima referido, e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

→ Informamos que não há necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.

→ O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPNHA/HC/UFG, relatórios trimestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação. Das

*[Assinatura]*  
**Farm. José Mário Coelho Moraes**  
Coordenador do CEPNHA/HC/UFG

PÁVILÃO, S/Nº, SETOR LESTE UNIVERSITÁRIO - CEP: 74.605-915 - FONE: 261 2006 - FAX: 261 24 21  
GOIÂNIA - GOIÁS



UFG - Universidade Federal de Goiás  
SAPP - Sistema de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa  
Extrato do Projeto de Pesquisa

\* 19827 \*

**Coordenação**

Matrícula SIAPE: 389207  
Nome do Coordenador: MARA MARCIA BACHION  
Pesquisador CNPQ: Não Categoria do Pesquisador:  
Orgão Responsável: FACULDADE DE ENFERMAGEM

**Vínculos**

Vinculado a um Programa de Pós-Graduação de UFG:  
Programa de Pós-Graduação: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem  
Linhas de Pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem

Vinculado a um Programa de Pós-Graduação de Outra Instituição:

Sigla Instituição: -  
Nome Instituição: -  
Programa de Pós-Graduação: -

Vinculado a um Grupo de Pesquisa do CNPQ:

Sigla Instituição: -  
Nome Instituição: -  
Grupo de Pesquisa CNPQ: -

Projeto de Pesquisa Isolado:

**Dados do Projeto de Pesquisa**

**Título:** Avaliação da Educação Permanente para trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário da Região Centro-Oeste  
**Data de Início:** 20/10/2006 **Data de Final:** 31/12/2009 **Carga Horária:** 300  
**Grande Área de Conhecimento:** CIÊNCIAS DA SAÚDE  
**Sub-Área de Conhecimento:** ENFERMAGEM  
**Conhecimento:** ENFERMAGEM

**Resumo do Projeto de Pesquisa**

Durante o período de 2004 a 2006 foi desenvolvido no Hospital das Clínicas uma rede de ações de educação permanente dos trabalhadores de enfermagem para sistematização da assistência, com vistas ao incremento da resolubilidade e humanização do atendimento em saúde na instituição. O presente projeto tem como objetivo geral avaliar o conjunto das ações desenvolvidas. Os objetivos específicos serão desenvolvidos em 4 subprojetos: 1- Avaliação das atividades desenvolvidas no contexto de um projeto de educação permanente em saúde junto à trabalhadores de enfermagem do Hospital das Clínicas da UFG; 2- Avaliação do impacto da educação permanente nos registros de enfermagem em prontuários de usuários atendidos no hospital em estudo, na perspectiva do processo de enfermagem; 3- Avaliação do impacto da educação permanente no atendimento de enfermagem, na perspectiva da resolução de diagnósticos de enfermagem, em grupos populacionais atendidos no hospital em estudo; 4- Avaliação do impacto da educação permanente nas concepções dos trabalhadores de enfermagem acerca de temas relacionados ao SUS, trabalho em equipe, Sistematização da Assistência de Enfermagem, educação permanente em saúde. A metodologia do estudo é diversificada, de acordo com a especificidade de cada subprojeto: 1- Os dados do estudo descritivos, de abordagem quantitativa ou qualitativa, cuja população envolve profissionais de enfermagem e pacientes. Os métodos de coleta de dados incluem grupo focal, entrevistas individuais, questionários e avaliação clínica de pacientes. Para análise serão empregados procedimentos estatísticos de cada subprojeto, que abrangem desde análise de conteúdo até procedimentos de estatística inferencial. O projeto tem duração de 2006 a 2009 podendo ser estendido, se houver interesse no cronograma de atividades a ser desenvolvido em 2007 e 2008 pelos pesquisadores.

**Participantes**

CPF	SIAPE	Nome	Tipo
010845628.55	300678	ADELIA YACHO KYOSEN NAKATANI	DOCENTE
190326251.87	299429	ADENICIA CUSTODIA SILVA E SOUSA	DOCENTE
034651048.11	1171634	DENISE BOUTELET MUNARI	DOCENTE
362950988.00	299257	ELIZABETH ESPERIDÃO CARDOZO	DOCENTE

Data: 19/03/07 11:09:57

Página: 1 de 2

**APÊNDICE A**  
**CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA**

UFG - Universidade Federal de Goiás  
SAPP - Sistema de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa  
Extrato do Projeto de Pesquisa

\* 19827 \*

334516401.00	1169323	JACQUELINE RODRIGUES DE LIMA	DOCENTE
333365451.15	1127212	MARIA ALICE COELHO	TA
248117502.68	1357115	NILDE RESPLANDES DOS SANTOS	TA
172099138.31	3356598	REGIANE APARECIDA DOS SANTOS SOARES BARRETO	DOCENTE

**Alunos:**

Tipo	Ano	Matricula	Nome
Graduação		040557	DANIELLA PRES NUNES
Stricto Sensu	2006	157	HELISAMARA MOTA GUEDES
Graduação		062296	QUELIENE ROSA DOS SANTOS
Stricto Sensu	2006	158	WALOURIA LENE DOS SANTOS

**Externos:**

CPF/Passaport	Nome	Grande Área	Ano	Título	Sigla
744427168.20	EMÍLIA CAMPOS DE CARVALHO	CÊNCIAS DA SAÚDE	1985	Pós Doutor	USP

**Financiadores**

Status Financiamento	Valor	Nº Edital	Status	Tipo
Não Possui				

**Previsão de Produtos**

Descrição da Produção Intelectual	Ano Base	Quantidade
ARTIGOS EM PERÍODICOS ESPECIALIZADOS NACIONAIS COM CORPO EDITORIAL	2006	3
DISSERTAÇÃO DE Mestrado DEFENDIDA E APROVADA	2006	2
PA NÉSI/PÓSTER DE TRABALHO APRESENTADO EM CONGRESSO CIENTÍFICO	2006	4

<p>Data da aprovação 29/11/2006</p> <p><i>Maria Marcia Bachion</i></p> <p>Maria Marcia Bachion</p>	<p><i>Prof. Dr. Marcelo Medeiros</i></p> <p>Prof. Dr. Marcelo Medeiros</p> <p>Responsável pela unidade/órgão</p>
--	--

Data: 19/03/07 11:09:57 Página: 2 de 2

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(para os idosos e/ou acompanhantes).

O Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a) em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua, a outra é da pesquisadora responsável, devendo ser arquivada por um período de 05 anos. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Se precisar de outras informações pode ligar a cobrar para a pesquisadora Walquiria Lene dos Santos, nos telefones: 3297-3829 ou 8132-3246.

Esta pesquisa faz parte de um projeto maior que integra o projeto "Avaliação da educação permanente para trabalhadores de enfermagem, de um Hospital Universitário da Região Centro Oeste", aprovado pela Diretoria Geral do Hospital Escola e Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (protocolo 171/06). Neste projeto está inserido o subprojeto: "Avaliação do impacto da educação permanente no atendimento de enfermagem, na perspectiva da resolução de diagnósticos de enfermagem, em grupos populacionais atendidos no hospital em estudo", Esse subprojeto tem vários objetivos, sendo um deles o que está sendo desenvolvido, neste estudo.

Em caso de dúvidas sobre questões éticas, desta pesquisa, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, no telefone 3269 8238, em ligações a cobrar.

## INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

**Título: Diagnósticos de Enfermagem da alta hospitalar de idosos atendidos em um Hospital Escola da Região Centro-Oeste.**

**Pesquisadora Responsável:** Walquiria Lene dos Santos. / **Telefones para Contatos:** 3297-3829 ou 8132-3246 (inclusive ligações a cobrar).

**Equipe de pesquisadores participantes:** Adélia Yaeko Kyosen Nakatani, Maria Márcia Bachion, Jacqueline Rodrigues de Lima, Maria Alice Coelho (Diretora de Enfermagem do HC/UFG), Emília Campos de Carvalho (Professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo) e Helisamara Mota Guedes.

Este estudo tem como objetivo geral:

- Analisar o perfil de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA (2006), identificado na alta hospitalar de idosos hospitalizados, atendidos em um hospital-escola da Região Centro-Oeste.

Será realizada uma avaliação de enfermagem, acerca das condições de saúde, para que se possa inicialmente identificar os diagnósticos de enfermagem. Elementos da avaliação: entrevista, aplicação de escalas e exame físico.

Para realizar a avaliação sem lhes causar incômodos, dividimos a abordagem em dois encontros com duração aproximada de 01 hora cada um. Assim que houver previsão de alta, pela equipe médica, ocorrerá uma nova avaliação.

Nesta pesquisa, não haverá procedimentos invasivos, ou seja, cortes ou perfurações com agulhas.

Caso aceite participar, outros encontros acontecerão, para avaliações de modo a não interromper o seu tratamento ou interferir na assistência que o sr. (a)

estiver recebendo. Sempre que se sentir cansado (a) ou indisposto (a) e quiser interromper a avaliação basta informar, que um novo horário será marcado para a continuidade. Se preferir, podemos realizá-la em um único encontro.

Todas as providências foram tomadas para que o sr. (a) não sofra riscos, prejuízos, desconfortos, lesões.

Caso tenha sofrido, deverá procurar seus direitos relativos à indenização .

Não haverá qualquer tipo de ônus devido à sua participação na pesquisa.

Os resultados oriundos da pesquisa, poderão guiar o futuro da assistência de enfermagem desenvolvida com as pessoas idosas internadas na instituição, na qual o (a) sr. (a) está internado agora.

O sr. (a) terá a garantia de sigilo e o direito de retirar o seu consentimento a qualquer tempo, sem penalidade ou prejuízo, na sua assistência.

Os resultados, desta pesquisa, serão divulgados em congressos e publicados em revistas científicas. Todas as informações coletadas permanecerão anônimas.

---

Adélia Yaeko K. Nakatani

Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> da Faculdade de Enfermagem da UFG

---

Walquiria Lene dos Santos

Mestranda em Enfermagem pela UFG

## CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

EU, \_\_\_\_\_,

abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo “Avaliação da educação permanente para trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário da Região Centro Oeste”, subprojeto: “Avaliação do impacto da educação permanente no atendimento de enfermagem, na perspectiva da resolução de diagnósticos de enfermagem, em grupos populacionais atendidos no hospital em estudo”.

Como sujeito, fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador \_\_\_\_\_ sobre a pesquisa, os procedimentos envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer penalidade ou interrupção na minha assistência.

Recebi como cópia deste documento.

---

Nome do participante (letra de forma)	Assinatura	Data
---------------------------------------	------------	------

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito de estudo.

---

Nome do participante (letra de forma)	Assinatura	Data
---------------------------------------	------------	------

(não ligadas à equipe de pesquisadores).

## APÊNDICE C

### INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS NO Período DA ALTA INFORMAÇÕES GERAIS:

Identificação: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data da admissão: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Sexo ( ) masculino ( ) feminino

Procedência (U.B.S, P.S., Ambulatório): \_\_\_\_\_

Contato (End, Tel): \_\_\_\_\_

Quantas vezes esteve internado: ( ) uma vez ( ) várias vezes ( ) nunca reinternou

Ocupação/Aposentado: \_\_\_\_\_

Respondente: \_\_\_\_\_

Número do Prontuário: \_\_\_\_\_

Renda: ( ) mais de 1 a 2 salários ( ) mais de 2 a 3 salários ( ) sem rendimento ( ) até 1 salário

Data da alta: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

1 - Percepção e Cognição:

Possui um lado ou parte do corpo que o senhor (a) não sente? ( ) Sim ( ) Não

Por quê? \_\_\_\_\_

Como está a sua visão? \_\_\_\_\_

Como está o seu olfato? \_\_\_\_\_

Como está a sua audição? \_\_\_\_\_

Como está o seu tato? \_\_\_\_\_

Como está o seu paladar? \_\_\_\_\_

Usa óculos ou lentes de contato? \_\_\_\_\_

Usa aparelho auditivo? \_\_\_\_\_

Nível de consciência ( ) lúcido ( ) confuso ( ) sonolento ( ) letárgico ( ) torposo

O sr.(a) estudou até que ano?( ) de 1 a 3 anos de instrução ( ) sem instrução e menos de 1 ano ( ) 4 anos ( ) 5 a 7 anos

Qual o motivo desta internação? \_\_\_\_\_

O que o senhor(a) sabe a respeito desta doença? \_\_\_\_\_

Na sua opinião, o que causou esta doença? \_\_\_\_\_

Em quanto tempo o senhor (a) acha que voltará para casa? \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico na internação: \_\_\_\_\_

Mini Mental de Pfeiffer (COSTA *et al.*, 2001)

1-Em que dia, mês e ano estamos? \_\_\_\_\_

2-Qual é o dia da semana? \_\_\_\_\_

3-Qual é o nome desse lugar? \_\_\_\_\_

4-Qual é o número do seu telefone? \_\_\_\_\_

4A-Qual é o seu telefone? \_\_\_\_\_

(faça essa pergunta somente se o paciente não tiver telefone)

5-Qual é a sua idade? \_\_\_\_\_

6-Quando o senhor (a) nasceu? \_\_\_\_\_

7-Quem é o atual Presidente do Brasil? \_\_\_\_\_

8-Quem foi o Presidente anterior? \_\_\_\_\_

9-Qual é o nome de solteira da sua mãe? \_\_\_\_\_

10-Subtraia 3 de 20, e continue subtraindo 3 de cada novo número, até o fim.

Avaliação das respostas: \_\_\_\_\_

0 a 2 erros funcionamento intelectual intacto

3 a 4 erros leve deterioração intelectual

5 a 7 erros deterioração intelectual moderada

8 a 10 erros grave deterioração intelectual

Considere a margem de 1 erro, a mais, se o paciente apenas cursou o primeiro grau.

Descrever a velocidade e coerência em que o idoso respondeu as perguntas:

Condições da fala (clareza da articulação e entonação; clareza de expressão do pensamento):

Se houver dificuldade em falar, qual é a causa que se identifica: \_\_\_\_\_

O sr. (a) já andou por longos períodos sem um destino pré-determinado?

( ) Sim ( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

Sente-se inquieto (a)? ( ) Sim ( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

Quando? \_\_\_\_\_

Qual o significado da alta para o senhor? \_\_\_\_\_

Está seguro (a) quanto aos cuidados com sua saúde ao voltar para casa? \_\_\_\_\_

O senhor sente-se esclarecido sobre o que é permitido para o seu caso, após a alta? ( ) Sim ( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

Como recebeu as orientações? \_\_\_\_\_

2 - Atividade/repouso:

Sono (h/ ininterrupta): \_\_\_\_\_

Apresenta cochilos durante o dia? Quanto tempo? \_\_\_\_\_

Alterações no sono: \_\_\_\_\_

Causas atribuídas: \_\_\_\_\_

Após o sono sente-se repousado e pronto para as atividades diárias? ( ) Sim ( ) Não

Movimentação:

( ) deambula ( ) acamado ( ) restrito ao leito ( ) deambula com ajuda de alguém

( ) deambula com ajuda de muleta ( ) movimenta - se com ajuda.

Houve alteração de movimento/marcha? ( ) Sim ( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

Pratica algum exercício físico? ( ) Sim ( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

Qual? \_\_\_\_\_

Solicitar que o idoso (a) ande cerca de 10 passos ou mais, com 2 ou 3 repetições de trajeto.

Houve alterações de movimento/marcha?

( ) Sim ( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

Se houver limitação de movimento, é capaz de transferir-se de uma superfície para outra? ( ) Sim ( ) Não

( ) da cama para cadeira, da cadeira para a cama

( ) da cama para o vaso sanitário ou cadeira higiênica

( ) entre superfícies de níveis diferentes

( ) da cadeira para o carro ou do carro para a cadeira

( ) da cadeira para o chão ou do chão para a cadeira.

O que você faz para se distrair e passar o tempo? \_\_\_\_\_

Sente-se cansado: ( ) Sim ( ) Não

Sente que sua energia é suficiente para as atividades que gostaria de fazer? \_\_\_\_\_

( ) Sim ( ) Não

Sinais Vitais:

Pulso \_\_\_\_\_ b.p.m. ( ) radial ( ) fraco ( ) cheio ( ) filiforme)

Ritmo do pulso: ( ) rítmico ( ) arrítmico

FR \_\_\_\_\_ i.p.m.

PA \_\_\_\_\_ mmHg (deitado) Local \_\_\_\_\_

T \_\_\_\_\_ ° C (axilar D)

Perfusão periférica (preservada, diminuída) \_\_\_\_\_

Enchimento capilar

Queixa de palpitações nas últimas 48 horas? ( ) Sim ( ) Não

Quantas vezes? \_\_\_\_\_

Fatores que as desencadeiam? \_\_\_\_\_

Há dor associada? \_\_\_\_\_

Apresenta desconforto respiratório? ( ) Sim ( ) Não

Como se manifesta? \_\_\_\_\_

Dispnéia relatada ou observada ( ) Não ( ) Sim ( ) Repouso ( ) Esforço

Fumante ( ) Sim ( ) Não. Número de cigarros por dia? \_\_\_\_\_

Quanto tempo? \_\_\_\_\_

Etilista? ( ) Sim ( ) Não. Quantidade de ingestão diária? \_\_\_\_\_

Está em uso de oxigenoterapia? ( ) Sim ( ) Não

Quantos litros? \_\_\_\_\_

Coloração das mucosas ( ) coradas ( ) descoradas ( ) ictéricas

Pele: ( ) fria, ( ) pegajosa ( ) quente

Edema: tornozelo/perna, no momento: \_\_\_\_\_

Formigamento nos últimos dias em alguma parte do corpo: ( ) Sim ( ) Não

Local: \_\_\_\_\_ descreva esse formigamento \_\_\_\_\_

Quantas vezes? \_\_\_\_\_

Exame torácico:

Inspeção: \_\_\_\_\_

(integridade; abaulamento, retrações, tipo de respiração).

Palpação: \_\_\_\_\_

Ausculta Pulmonar: \_\_\_\_\_

(MV, RA, tosse seca, produtiva).

Ausculta cardíaca: (bulhas, ritmo, sopros) \_\_\_\_\_

(focos aórtico, pulmonar, mitral, tricúspide) \_\_\_\_\_

Capacidade para vestir-se/arrumar-se (pôr ou tirar itens do vestuário, fechar roupas, usar zíperes, calçar meias, calçar sapatos) ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

Capacidade para higiene corporal (lavar o corpo ou partes do corpo, secar-se, entrar e sair do banheiro, regular a temperatura da água) ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

Capacidade para alimentar-se (levar alimentos até à boca, engolir, mastigar, manipular alimentos na boca):

( ) Sim ( ) Não. Qual? \_\_\_\_\_

Capacidade para preparar alimentos (manusear utensílios, abrir recipientes, pegar xícara ou copo): ( ) Sim ( ) Não. Qual? \_\_\_\_\_

Capacidade para higiene oral (escovar os dentes por 10 seg., língua, bochecha, prótese): ( ) Sim ( ) Não. Qual? \_\_\_\_\_

Capacidade para higiene íntima (uso do vaso sanitário, manipular roupas, dar descarga, realizar higiene íntima) ( ) Sim ( ) Não. Qual? \_\_\_\_\_

Exames relativos às funções cardiovascular e pulmonar disponíveis:

Saiu do hospital:

( ) maca ( ) cadeira ( ) deambulando

Qual foi a orientação relacionada à movimentação, exercícios físicos para a alta? \_\_\_\_\_

O que o Senhor (a) acha dessas orientações? \_\_\_\_\_

Como o Senhor (a) se organiza para atender as recomendações sugeridas? \_\_\_\_\_

Se acaso não houve nenhuma sugestão quanto aos cuidados para a alta, no que se refere à movimentação e exercícios físicos, como o senhor acha que deve proceder, no retorno para casa? \_\_\_\_\_

### 3 - NUTRIÇÃO:

Quando você está em casa, com que frequência ingere os seguintes alimentos?

Tipos	Diariamente	2-3vezes/semana	raramente	Nunca
Carne, ovos e derivados				
Massas, pães, doces				
Verduras e legumes				
Cereais e grãos				

Está conseguindo comer a comida do hospital? \_\_\_\_\_

( ) Sim ( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

Sensação de estar sempre cheio, estômago dilatado, digestão lenta, fadiga? Azia, queimação? \_\_\_\_\_

Tem náuseas com frequência? ( ) Sim ( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

Vômitos? ( ) Sim ( ) Não. Frequência? \_\_\_\_\_

Apresenta refluxo gastroesofágico? \_\_\_\_\_

Uso de prótese: \_\_\_\_\_

Exame da cavidade oral: \_\_\_\_\_

(lesões, úlceras orais, edema, descamações, língua saburrosa, dentes /presença de cáries, placa excessiva, desgaste e ausência de dentes, dor, halitose, amígdalas aumentadas, boca seca, salivação excessiva ou diminuída).

Realiza a mastigação adequada dos alimentos? \_\_\_\_\_

Engole o alimento com facilidade ou dificuldade? \_\_\_\_\_

Sabe seu peso e sua altura? \_\_\_\_\_

IMC \_\_\_\_\_

Ingesta de líquidos (quantidade diária): \_\_\_\_\_

Sente sede excessivamente? \_\_\_\_\_

Avaliar pele (cor, turgor) \_\_\_\_\_

Exames laboratoriais/imagens de interesses disponíveis. Ex: T3, T4, ferro, vitC \_\_\_\_\_

Registros, no prontuário, de diagnósticos médicos relativos às funções endócrina e metabólica (diabetes mellitus, neoplasia, hipertireodismo...): \_\_\_\_\_

Qual foi a orientação relacionada à alimentação para seguir no domicílio? \_\_\_\_\_

Quem forneceu? \_\_\_\_\_

O que o sr. (a) achou dessas orientações? \_\_\_\_\_

Como o sr. (a) se organizará para atender às recomendações alimentares sugeridas?

Se caso não recebeu nenhuma orientação quanto à alimentação, para a alta, na sua opinião o que o senhor acha que deve fazer quando retornar ao domicílio? \_\_\_\_\_

#### 4. Eliminação/troca:

Características da urina \_\_\_\_\_

(relato de cor, odor e aspecto)

Quantas vezes o senhor (a) urina por dia? \_\_\_\_\_

Sente que sua bexiga se esvazia por completo? \_\_\_\_\_

Incontinência urinária (funcional, esforço, reflexa e de urgência)?

Por quê? \_\_\_\_\_

Queixas urinárias: ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Levanta à noite para urinar? ( ) Sim ( ) Não. Número de vezes \_\_\_\_\_

Uso de diuréticos: ( ) não ( ) eventualmente ( ) regularmente

Horário desta medicação? \_\_\_\_\_

Usos de comadre/urinol/uropen/sonda vesical: \_\_\_\_\_

Padrão de eliminação intestinal atual/usual: (número de vezes ao dia) \_\_\_\_\_

Característica usual das fezes (pastosas, endurecidas, líquidas, esverdeadas, amarelas, melena, com sangue)

Você já evacuou sem querer? ( ) Sim ( ) Não. É freqüente? \_\_\_\_\_

Uso de laxante: ( ) regular ( ) eventual

Você elimina flatos todos os dias? Sim ( ) Não ( )

Exame Abdominal:

Inspeção: \_\_\_\_\_

(forma, característica)

Palpação: \_\_\_\_\_

(dor, pressão, consistência)

Ausulta: \_\_\_\_\_

(RHA)

Exames: urina, fezes, imagens disponíveis:

O que o sr. (a) sabe sobre os benefícios da ingestão de líquidos? \_\_\_\_\_

Como recebeu as orientações? \_\_\_\_\_

O que o senhor acha que deve fazer, após retorno ao domicílio? \_\_\_\_\_

Recebeu alguma orientação quanto ao melhoramento da função intestinal?

( ) Sim ( ) Não. Qual? \_\_\_\_\_

O que o sr. (a) achou dessas orientações? \_\_\_\_\_

O que sr. (a) fará para seguir essas orientações? \_\_\_\_\_

Se caso não recebeu nenhuma orientação, quanto ao melhoramento da função intestinal para a alta, na sua opinião o que o senhor acha necessário fazer, quanto ao funcionamento intestinal quando retornar ao domicílio? \_\_\_\_\_

#### 5- Promoção da saúde:

O que acha que as pessoas devem fazer para não ficarem doentes?

( ) freqüentar o dentista, regularmente

( ) escovar os dentes, após as refeições

( ) ingestão de líquidos, no mínimo 2 litros de água por dia

( ) ingestão de alimentos como frutas e verduras

( ) fazer exercícios físicos, pelo menos, 3 vezes na semana

( ) ter atividade de lazer com amigos e família

( ) relacionar-se bem com os vizinhos e familiares

( ) ter responsabilidade na família, ajudando financeiramente e emocionalmente

( ) verificar PA regularmente, sendo pelo menos 1 vez ao dia

( ) outros: \_\_\_\_\_

Faz as atividades das perguntas acima descritas para não ficar doente?

( ) Não Por quê? \_\_\_\_\_

( ) Sim Qual (is)? \_\_\_\_\_

Vacinação ( ) influenza ( ) tétano ( ) anti-pneumocócica

Faz uso de medicamentos? ( ) Sim ( ) Não Quais? \_\_\_\_\_

Tem conhecimento da indicação? \_\_\_\_\_

Quais os recursos disponíveis na comunidade onde o sr. (a) vive para manutenção da saúde? \_\_\_\_\_

Qual destes o senhor (a) utiliza? \_\_\_\_\_

Tem o hábito de ir à Unidade de Saúde? \_\_\_\_\_

Com que freqüência? \_\_\_\_\_

Participa de alguma atividade na Unidade de Saúde? ( ) sim ( ) não

Considera o ambiente de sua casa seguro? \_\_\_\_\_

Considera o ambiente de sua casa limpo? \_\_\_\_\_

Considera que são organizados e higienizados os utensílios de cozinha, roupas pessoais e de cama de sua casa? \_\_\_\_\_

Há presença de animais domésticos no domicílio? \_\_\_\_\_

Há presença de roedores e insetos no domicílio e adjacências? \_\_\_\_\_

Segue o regime terapêutico proposto pela equipe de saúde? \_\_\_\_\_

A família contribui para o tratamento da doença? \_\_\_\_\_

O dinheiro que dispõe é suficiente para as suas necessidades? ( ) Sim ( ) Não

Se não, qual não é atendida? \_\_\_\_\_

Existe retorno agendado para o sr. (a)? Por quê? \_\_\_\_\_

O sr. (a) procurou o médico ou o enfermeiro quanto o seu retorno para o hospital? \_\_\_\_\_

Se não porquê? \_\_\_\_\_

O que o sr. (a) sabe sobre seu retorno ao médico, após a alta? \_\_\_\_\_

De que maneira o sr. (a) virá às consultas de retorno ambulatorial? \_\_\_\_\_

Quando o sr. (a) procurará novamente o serviço de saúde? \_\_\_\_\_

Por quê? \_\_\_\_\_

Qual foi a orientação relacionada aos medicamentos de uso, após a alta? \_\_\_\_\_

Se não houve nenhuma orientação quanto a medicamentos, para a alta, na sua opinião o que o sr. (a) poderá fazer para melhorar o uso dos seus medicamentos, no retorno para a casa? \_\_\_\_\_

#### 6 - Autopercepção:

Em quais situações da vida o sr. (a) pede ajuda? \_\_\_\_\_

No dia-a-dia sente-se sozinho (a) ( ) Sim ( ) Não.

Por quê? \_\_\_\_\_

Em que momento prefere ficar só? \_\_\_\_\_

Quais situações o senhor (a) tem dificuldade em resolver sozinho? \_\_\_\_\_

O que faz nestes casos? \_\_\_\_\_

Como descreveria sua maneira de ser? \_\_\_\_\_

Depois que a doença começou, percebeu mudanças na sua maneira de ser? \_\_\_\_\_

Há algo que gostaria que fosse diferente, em relação ao seu corpo? \_\_\_\_\_

Acredita que haverá mudança na sua de vida, após a alta? ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

#### 7- Relacionamentos de papel:

Com quem o senhor (a) vive? \_\_\_\_\_

Existe alguma pessoa que cuida mais do senhor(a)? \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Quantos anos de convívio com o companheiro (a)? \_\_\_\_\_

Quanto ao seu companheiro (a), como vocês se relacionam? \_\_\_\_\_

Qual a sua relação com os membros da família? \_\_\_\_\_

A doença trouxe algum problema à sua vida familiar? ( ) Não ( ) Sim

Qual? \_\_\_\_\_

Como o senhor (a) pensa que sua família sente quanto à sua doença? \_\_\_\_\_

A doença trouxe algum problema ao seu trabalho? \_\_\_\_\_

Como é a interação do sr. (a) com os membros da sociedade / comunidade? \_\_\_\_\_

Quais são suas perspectivas, após a alta? \_\_\_\_\_

Quem irá acompanhá-lo(a) ao sair de alta? \_\_\_\_\_

Que tipo de mudança a sua condição de saúde exigirá de sua família? \_\_\_\_\_

Depois que sair do hospital, qual instituição fará seu acompanhamento? \_\_\_\_\_

#### 8 – Sexualidade:

Possui relacionamento sexual atualmente? \_\_\_\_\_

Existem preocupações sexuais?( ) Sim ( ) Não. Quais? \_\_\_\_\_

Houve mudança recente na freqüência/interesse sexual? \_\_\_\_\_

Sente prazer na relação sexual? \_\_\_\_\_

Recebeu orientação quanto à prática sexual no processo da alta? ( ) Sim ( ) Não. Qual?

O que o sr. (a) acha das orientações? \_\_\_\_\_

O que o senhor fará para seguir as orientações? \_\_\_\_\_

Se não recebeu nenhuma orientação quanto à prática sexual o que o sr. (a) acha que deverá fazer em relação à sua prática sexual, quando retornar à sua casa? \_\_\_\_\_

#### 9 - Enfrentamentos / tolerância ao estresse:

Como o sr. (a) lida com mudanças que ocorrem na vida? \_\_\_\_\_

Como o sr. (a) lida com perdas? \_\_\_\_\_

Há riscos para alguns destes fatores ?

- ( ) vizinhança com alta criminalidade;
- ( ) camas altas;
- ( ) uso inadequado de cinto de segurança;
- ( ) exposição excessiva ao sol;
- ( ) uso de armas;
- ( ) entrar em sala sem iluminação;
- ( ) tomadas elétricas defeituosas;
- ( ) uso de escada ou cadeira sem firmeza;
- ( ) pisos escorregadios;
- ( ) outros \_\_\_\_\_

Durante a sua vida teve algum acidente decorrente desses fatores? ( ) Sim ( ) Não

Como repercutiu na sua vida? \_\_\_\_\_

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (Yesavage, 1983)

1 – O senhor (a) está basicamente satisfeito com sua vida? (não=1)

2 - Abandonou muitas das suas atividades e interesses? (sim=1)

3 - Sente sua vida vazia? (sim=1)

- 4 – Frequentemente sente-se enfadado (a ) ou aborrecido(a)? (sim=1)
- 5 - Está de bom humor na maior parte do tempo? (não=1)
- 6 – Está com medo que alguma coisa aconteça com o senhor(a)? (sim=1)
- 7 - Sente-se feliz, na maior parte do tempo? (não=1)
- 8 – Frequentemente, sente-se desamparado (a)? (sim=1)
- 9 - Prefere ficar em casa à noite, em vez de sair e ver coisas novas? (sim=1)
- 10 - Sente que tem mais problemas de memória do que a maioria das pessoas? (sim=1)
- 11 - Pensa que é maravilhoso estar vivo,(a) agora? (não=1)
- 12 - Sente-se bastante inútil, na sua situação atual? (sim=1)
- 13 - Sente-se pleno(a) de energia? (não=1)
- 14 - Acredita que sua situação é sem esperança? (sim=1)
- 15 - Pensa que a maioria das pessoas está melhor do que o senhor (a)? (sim=1)

score das respostas da escala=: \_\_\_\_\_ pontos

Tem alguma coisa que preocupa o sr. (a) atualmente? \_\_\_\_\_

Quando se sente nervoso (a), o que faz para aliviar? \_\_\_\_\_

O sr. (a) sente medo de alguma coisa? \_\_\_\_\_

Sensações experienciadas com relação ao medo: \_\_\_\_\_

Sente ansiedade? \_\_\_\_\_

Sintomas apresentados pela ansiedade: \_\_\_\_\_

Que a sensação a morte lhe traz? \_\_\_\_\_

Possui sentimento de culpa? \_\_\_\_\_

Manifestações : \_\_\_\_\_

Como o sr. (a) enfrenta esta situação de saúde? \_\_\_\_\_

Ao seu ver, como a sua família enfrenta esta situação de saúde? \_\_\_\_\_

Apresenta lesão de medula? ( ) Sim ( ) Não

Qual sistema está comprometido? \_\_\_\_\_

Qual a origem da lesão? \_\_\_\_\_

Qual o nível de lesão medular? \_\_\_\_\_

O que mudou em relação ao sr. (a) seu estado de saúde, desde a internação? \_\_\_\_\_

Tem alguma preocupação quanto à sua saúde, após a alta? ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

10 - Princípios da vida:

Qual é a sua religião? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Com que frequência vai à Igreja/Casa do Senhor/Centro? \_\_\_\_\_

Ter uma religião é importante para o sr. (a)?

( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

( ) Sim. Por quê? \_\_\_\_\_

Em que a religiosidade o ajuda? \_\_\_\_\_

Cumpre corretamente seus compromissos religiosos? ( ) Sim ( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

Quando tem um objetivo o sr. (a) costuma ( ) desistir ( ) preservar

Houve mudança de crença, valor, opinião e julgamento, durante a hospitalização, que permanecerá após a alta? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Após a internação devido às dificuldades ou a própria doença fizeram que o sr. (a) modificasse seu pensamento? \_\_\_\_\_ em qual situação? \_\_\_\_\_

11- Segurança/proteção:

Apresenta integridade cutânea? ( ) Sim ( ) Não

Observações: \_\_\_\_\_

Realizou algum procedimento invasivo? ( ) Sim ( ) Não. Qual? \_\_\_\_\_

Sinais de infecção: \_\_\_\_\_

Está em uso de drenos ou sondas? \_\_\_\_\_

Desde quando? \_\_\_\_\_

O que o sr. (a) faz para se proteger de: quedas, acidentes, violência e agressões? \_\_\_\_\_

O senhor (a) teria vontade de exterminar sua própria vida? \_\_\_\_\_

Há contatos com venenos, pesticidas e contaminação ambiental, na sua casa ou trabalho? \_\_\_\_\_

Há contatos com produtos de borracha? Látex? \_\_\_\_\_

Quando em contato com estes produtos, apresenta reações alérgicas? Quais? \_\_\_\_\_

Teve alguma orientação de cuidado a ser seguido, no domicílio, para prevenir acidentes? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Como o sr.(a) realizará esses cuidados? \_\_\_\_\_

Se não recebeu nenhuma orientação quanto aos cuidados domiciliares, para prevenção de acidentes após a alta, o que deve fazer para diminuir os riscos de acidentes? \_\_\_\_\_

12 - Conforto:

Sente algum tipo de dor? ( ) Não ( ) Sim

Se sim, qual o número da escala analógica que expressa melhor a quantidade dessa dor? \_\_\_\_\_

Escala Analógica Visual de Copos ( Quadro 1)

Duração da dor: \_\_\_\_\_

Observar (expressão facial, posição antálgica, colocação das mãos no local, gemidos)

Realiza visitas a outras pessoas? ( ) Sim ( ) Não Por quê? \_\_\_\_\_

Recebe visitas? ( ) Sim ( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_

O que o sr. (a) acha que pode fazer para melhorar a sensação de bem-estar ou conforto mental, após a alta? \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D ANÁLISE DOS DADOS

**Análise e síntese dos dados de J. I. D O e respectivos diagnósticos de enfermagem e referências utilizadas na comparação.**

### Identificação

J. I.D O, 62 anos, sexo masculino admitido no dia 04/04/07, às 17h, alta dia 09/04/07 às 12h, saiu acompanhado pela esposa.

Proveniente de um hospital especializado em doenças cardíacas com encaminhamento do médico que o atendeu.

Recebe auxílio doença no valor de RS: 210,00, por ter acidentado o pé na roça. Atualmente, trabalha como autônomo dirigindo seu próprio caminhão.

Provável diagnóstico médico: Miocardiopatia dilatada de grau importante. Fibrilação atrial.

**Quadro 2.** Análise dos dados de J.I.D.O em processo de alta hospital da clínica médica. Hospital Escola. Região Centro-Oeste, 2007.

DOMINIOS	LACUNAS
<p><b>1 – Percepção e Cognição</b> -Estudou até à 1<sup>o</sup> série. Disse que ao levar a esposa para consulta, com um médico amigo para o qual ele trabalhou por muito tempo, teve a sua pressão arterial aferida e indicação de internação, já que o P = 160 b.p.m. e a PA = 95/65 mmHg. Fez eletrocardiograma e exames que não soube falar o nome e foi encaminhado para o HC. Na sua opinião o que causou a doença do coração foi a bebida, o serviço estressante de dirigir caminhão e o peso que sempre carregava desde novo. Relata, após aviso de alta, que ainda não sabe detalhes sobre o tratamento e o diagnóstico médico, porque, ainda, está sendo investigada a sua doença. Informa que o médico, avisará o dia em que deverá voltar para fazer novos exames, até descobrir tudo sobre a doença. Não tem previsão de quando isto acontecerá. Não fazia uso de nenhum medicamento até á antes da internação. No retorno para casa continuará com os medicamentos indicados, durante a hospitalização. Refere que só sabe que o coração está cansado. Nada perguntou, pois confia no médico, acredita que quando voltar ao hospital para a consulta de retorno o médico lhe explicará tudo. Obteve 1 ponto no teste do Mini Mental de Pfeiffer. Responde as perguntas com clareza e rapidez, não apresenta dificuldades na fala. Refere que não se lembra de ter saído para andar sem destino prévio. Quando tem que ficar parado por muito tempo, sente-se inquieto. Diz ter uma personalidade forte e que sempre foi assim. Disse que seu olfato falha, e que não sente cheiro como as demais pessoas,</p>	

**Quadro 2.** Análise dos dados de J.I.D.O em processo de alta hospital da clínica médica. Hospital Escola. Região Centro-Oeste, 2007.

DOMINIOS	LACUNAS
<p>percebeu isto há uns 2 meses. Caracteriza sua visão como razoável, nega o uso de óculos, embora tenha dificuldade para enxergar de longe, mas nada que o atrapalhe. Refere que consegue ouvir bem e o tato não apresenta problemas. A alta, para ele não significa bem estar, pois não sabe qual será o seu tratamento, mas não está desanimado. Acredita que o médico não o deixará esperando, por muito tempo, sem atendimento.</p> <p><b>2 – Atividade/repouso</b> - Não pratica nenhuma atividade física porque, segundo ele, não tem tempo e o serviço exige muito. Expõe que seu trabalho (dirigir caminhão) é uma atividade física que exige muita atenção. Sabe que a atividade física é importante para a vida das pessoas, para o coração, mas quem trabalha em caminhão não tem tempo para isto. De vez em quando, desce do caminhão e estica as pernas. Consegue deambular, não apresentando alterações de movimento/marcha. Dorme em média 3 horas ininterrupta, em um total de 10 horas, por noite. Disse iniciar o sono de forma rápida. Hoje refere melhora considerável da falta de ar e não terá dificuldades com relação ao sono na volta para casa. Não toma remédio para dormir, refere cochilos. Durante o dia, dorme uma hora, após o almoço, sentindo-se descansado e pronto para as atividades diárias. Refere que devido a melhora da falta de ar, não tem dificuldade em pegar no sono rapidamente. Não recebeu nenhuma orientação quanto à movimentação e exercícios físicos, para a alta, porém diz saber que não pode fazer força física e pretende seguir adequadamente esse cuidado. FR 20 i.p.m. PA 130/80mmHg, pele úmida e pegajosa. AC: BNF 2 T, sem sopros, Pulso radial 95 b.p.m., cheio, arritmico. Não se encontra monitorizado no momento da coleta de dados para alta. Diagnóstico médico: Miocardiopatia dilatada de grau importante. Fibrilação atrial. Nega palpitações, nas últimas 48 horas e dores associadas. Não faz uso de oxigenoterapia. Apresenta mucosas coradas. Tempo de enchimento capilar inferior a 1 seg. T axilar direita: 36,4° C. Não apresenta edemas nas pernas/tornozelo. Achou que o médico ia dizer que estava gripado devido à dificuldade respiratória apresentada no momento da consulta e, no entanto, a causa era complicações cardíacas, necessitando de internação. Apresentou formigamento nos últimos 2 dias, eventualmente, nas mãos e pés. Nega desconforto respiratório no momento, não manifestando dispnéia observada ou relatada em repouso. Narra que há um ano vem sentindo desconforto respiratório, associa ao problema do coração. Sente-se cansado, mas acha que sua energia é suficiente para as atividades que gostaria de</p>	

**Quadro 2.** Análise dos dados de J.I.D.O em processo de alta hospital da clínica médica. Hospital Escola. Região Centro-Oeste, 2007.

DOMINIOS	LACUNAS
<p>fazer. Expansão simétrica do tórax. Presença de tosse seca.</p> <p><b>3 – Nutrição</b> - Em casa, ingere diariamente os seguintes alimentos: carne, ovos e derivados, cereais, grãos, massas e pães. Doces raramente; disse não ingerir verduras e legumes. No café da manhã alimenta-se de comidas recheadas com frango ou carne. Peso: 104,1 Kg, Altura 1,88 IMC: 32,1kg/m<sup>2</sup>. Não pratica nenhuma atividade física porque, segundo ele, não tem tempo e o seu serviço exige muito. Profissão: caminhoneiro. Conseguiu ingerir a comida do hospital, não apresenta a sensação de estômago cheio, dilatado, digestão lenta, azia, queimação. Usa prótese na arcada dentária superior, apresentando ausência de alguns dentes na parte inferior. Relata que nunca teve condições financeiras de ir ao dentista, durante a sua infância. Não apresenta lesões na cavidade oral, língua saburrosa ou halitose. Confirma ter fumado há 34 anos, por um período de oito anos, em média 20 cigarros/dia, ingerido bebidas alcoólicas, diariamente, afirma ter parado há mais ou menos cinco anos. Nega náuseas, vômitos ou regurgitação. A pele apresenta-se corada. Classifica o tato e o paladar como bons. Disse mastigar os alimentos por diversas vezes antes de engolir. Engole todos os alimentos com facilidade. Refere que não recebeu nenhuma orientação para a alta quanto à alimentação, porém sabe que não pode comer alimentos gordurosos nem salgados. Em casa fará uma alimentação saudável e cuidará adequadamente da sua comida.</p> <p><b>4 – Eliminação/troca</b>- Ingere em média 2 a 3 litros de água por dia, sente muita sede, inclusive carrega água dentro do caminhão. Prega cutânea desfaz-se lentamente. Frequência urinária de seis vezes, durante o dia, de coloração amarelo claro. Sente que bexiga se esvazia por completo, não possui incontinência urinária, nem outras queixas. Levanta uma vez à noite para urinar, ocasionalmente. Não faz uso de diuréticos. Consegue deambular até o banheiro. Eliminação intestinal ocorre uma vez ao dia, com características endurecidas, de coloração marrom, e odor característico. Nunca evacuou involuntariamente e não faz uso de laxante. Exame abdominal: Abdômen semi globoso, ausência de massas ou nódulos palpáveis, não queixou dor, som timpânico, teste do piparote negativo. Fígado, baço e rins não palpáveis. Ausculta de 15 RHA/min no quadrante QID. Refere que não recebeu nenhuma orientação para a alta quanto à melhora da ingestão de líquidos e do funcionamento intestinal, diz que vai continuar bebendo muito líquido, sabendo dos seus benefícios. Quanto à parte intestinal acredita que não precisará mudar nada.</p> <p><b>5 – Promoção da Saúde</b> - Tem o hábito de ir à Unidade de Saúde apenas para verificar a PA, não participa de nenhuma atividade desenvolvida na unidade, pois não possui tempo para</p>	

<p>isto. Já consultou na unidade básica e costuma seguir o regime terapêutico proposto. Sabe que terá que se alimentar melhor e comer pouco sal. Está aguardando as orientações médicas. Disse que já ingeriu muita bebida alcoólica. Acha que para as pessoas não ficarem doentes é importante ter cuidados com a boca, ingerir alimentos, de preferência, menos gordurosos, ter atividade de lazer, beber líquidos, fazer atividade física, relacionar-se bem, verificar PA regularmente e ter responsabilidade com a família. Para não ficar doente, realiza as seguintes práticas: conversar, brincar com os seus amigos, tem responsabilidade com a família, verifica a PA regularmente, afirma que solicitará mais visitas do agente comunitário de saúde para a aferição da pressão arterial, refere visita ao dentista pela última vez há 3 meses atrás. Vacinou contra o influenza e tétano.</p>	
<p>Relata que após a alta, terá mais responsabilidade com a família e fará atividades de lazer, Tem uma boa vizinhança com a qual tem bom relacionamento. Conseguem ele e sua família, manter o ambiente limpo, seguro, higienizando os utensílios de cozinha, roupas pessoais e de cama. Não possui animais domésticos em casa, não há roedores e insetos no domicílio ou adjacências. Quanto ao trabalho, sente-se mal por não poder exercer a atividade de caminhoneiro. Trabalha como autônomo, em caminhão próprio desde que aposentou, porém para a alta ficará parado, devido a doença. Cumpre corretamente os seus compromissos. Renda mensal de dois salários mínimos. Nega retorno agendado. Só voltará ao hospital quando o médico ligar, nesse período continuará usando os medicamentos prescritos até o seu retorno. Para alta usará: Carvedilol<sup>R</sup> 6,25 mg VO 12/12 horas, Enalapril<sup>R</sup> 1X dia. Digoxina<sup>R</sup> 0,25 mg 1X dia, Marevan<sup>R</sup> 5 mg 1 cp 1X dia, Amiodarona<sup>R</sup> 200mg 2 x ao dia e Aldactone<sup>R</sup> 1 x ao dia. Expõe que não foi orientado quanto aos cuidados sobre o uso dos medicamentos, diz não ter se informado mais sobre o assunto, junto ao médico responsável, pois acredita que no retorno terá mais orientações.</p> <p><b>6 – Autopercepção</b> – Pede ajuda, quando há necessidade. Diz que não se sente sozinho mas em alguns momentos prefere ficar só, principalmente quando está agitado, e acha que isto é bom. Algumas situações, como problemas financeiros, têm dificuldades para resolver sozinho, então pede ajuda para os amigos, mais próximos, que têm condições. Descreve sua maneira de ser como: uma pessoa pobre e trabalhadora, normal, não exagerado nem “parado” em suas atribuições, às vezes sente-se nervoso, pois não gosta de ficar sem trabalhar. A doença foi diagnosticada há um dia atrás, por isto ainda não descobriu mudanças na sua maneira de ser. Não gostaria que nada fosse diferente em seu corpo. Afirma que a família está disponível para ajudá-lo. Para se distrair e passar o tempo gosta de conversar com os amigos. Realiza visitas a outras pessoas como: vizinhos e filhos. Não teria vontade de tirar sua própria</p>	

**Quadro 2.** Análise dos dados de J.I.D.O em processo de alta hospital da clínica médica. Hospital Escola. Região Centro-Oeste, 2007.

DOMINIOS	LACUNAS
<p>vida. Acredita que não haverá significativas mudanças em sua vida, após a alta, entretanto terá que cuidar mais da alimentação e trabalho, porém relata não ter recebido qualquer orientação de nenhum profissional, logo esses cuidados serão feitos por sua conta própria. Acredita que, hoje, está melhor que antes, se sentindo mais corajoso que antes, pois acredita que terá acompanhamento hospitalar adequado.</p> <p><b>7– Relacionamento de Papel -</b>  Diz sentir ansiedade, principalmente, quando não consegue fazer alguma coisa, porque depende de outros fatores ou pessoas. Neste caso, fica nervoso agitado/irritado. Percebe poucas mudanças em sua vida, para a alta, a não ser pelo serviço que está parado e expectativas do retorno e tratamento. Expõe que o pobre e sofredor se acostuma com tudo, inclusive com o sofrimento. Para o trabalhador, segundo ele, pouca coisa não é nada. Afirma que sua preocupação quanto a saúde no retorno para a casa será quanto ao trabalho. Atualmente vive com a esposa, possui sete filhos, todos casados e 12 netos que moram próximos à sua residência e estão sempre juntos. Possui 42 anos de convívio com a sua companheira e se relaciona bem com ela, assim como os demais membros da família. Disse que sua família fica preocupada sua doença descoberta recentemente. Tem preocupação com a família em relação ao sustento, da mesma. Informa que os afazeres de casa não serão alterados em função de sua doença. Sua preocupação maior é quanto ao trabalho. Refere não ter expectativa quanto a alta e sim quanto ao retorno. Saiu do hospital acompanhado pela esposa, deambulando, de ônibus, diz que está em condições de andar sem dificuldades.</p> <p><b>.8 – Sexualidade</b> - Disse possuir relacionamento sexual sem alterações. Acha que não precisa de esclarecimentos a respeito do assunto.</p> <p><b>9 – Enfrentamento/tolerância ao estresse</b> – declara enfrentar as mudanças que ocorrem na vida de forma natural. As perdas não é algo bom, mas fazem parte da vida. Quanto aos fatores de risco como: vizinhança com alto índice de criminalidade, camas altas, uso inadequado de cinto de segurança, sol, armas, entrar em casa sem iluminação, tomadas defeituosas, uso de escadas ou cadeiras sem firmeza e pisos escorregadios, e o risco de exposição excessiva ao sol, sendo este último o mais evidente, significativo e preocupante para ele.</p> <p>Apresentou um ponto na Escala de Yesavage. Disse que, atualmente, o que lhe preocupa é somente sua doença. Afirma que quando está nervoso gosta de sair para espairar a cabeça. Não sente medo, no momento. Diz sentir ansiedade, principalmente, quando não consegue fazer alguma coisa porque acha que depende de outros fatores ou pessoas. Então,</p>	

## APÊNDICE E

**Quadro 3** - Síntese dos dados e diagnósticos de enfermagem da NANDA (2006) identificados em J.I.D.O. 09/04/07-Alta em Clínica Médica Hospital Escola da Região.

Agrupamento	Comparação	Inferências	Relações	Diagnóstico de enfermagem
<p><b>Informação</b> Estudou até à 1ª série. Disse que ao levar a esposa para consulta, com um médico amigo para o qual ele trabalhou por muito tempo, teve a sua pressão arterial aferida e indicação de internação, já que o P = 160 b.p.m. e a PA = 95/65 mmHg. Fez eletrocardiograma e exames que não soube falar o nome e foi encaminhado para o HC. Na sua opinião o que causou a doença do coração foi a bebida, o serviço estressante de dirigir caminhão e o peso que sempre carregava desde novo. Relata, após aviso de alta, que ainda não sabe detalhes sobre o tratamento e o diagnóstico médico, porque, ainda, está sendo investigada a sua doença. Informa que o médico, avisará o dia em que deverá voltar para fazer novos exames, até descobrir tudo sobre a doença. Não tem previsão de quando isto acontecerá. Não fazia uso de nenhum medicamento até antes da internação. No retorno para casa continuará com os medicamentos indicados, durante a hospitalização. Acerca de sua doença, só sabe que o coração está cansado. Nada perguntou, pois confia no médico, acredita que quando voltar ao hospital para a consulta de retorno o médico lhe explicará tudo.</p>	<p>GLASHAN, RQ; SANTOS, MC; OLIVEIRA, AP. Perfil do idoso internado em unidade clínica de um hospital geral universitário da Grande São Paulo, com vistas à enfermagem. <b>Acta Paulista Enfermagem</b>, São Paulo, v.12, n.2, p. 94-106, 1999.</p>	<p>Falta de conhecimento sobre a doença.</p>	<p>Diagnóstico médico em fase de investigação.</p>	<p>Conhecimento deficiente (sobre a doença e o tratamento) relacionado a falta de exposição caracterizado a verbalização do problema.</p>
<p><b>Atividade/repouso</b> - Não pratica nenhuma atividade física porque, segundo ele, não tem tempo e o serviço exige muito. Expõe que seu trabalho (dirigir caminhão) é uma atividade física que exige muita atenção. Sabe que a atividade física é importante para a vida das pessoas, para o coração, mas quem trabalha em caminhão não tem tempo para isto. De vez em quando, desce do</p>	<p>WORLD HEALTH ORGANIZATION. <b>Envelhecimento ativo</b>: uma política de saúde. World Health Organization. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 23, 2005.</p>	<p>Hábito de vida sedentário</p>	<p>Falta de tempo em decorrência do trabalho.</p>	<p>Estilo de vida sedentário relacionado a falta de recurso (tempo) caracterizado por escolhe uma rotina</p>

Continuação...

**Quadro 3** - Síntese dos dados e diagnósticos de enfermagem da NANDA (2006) identificados em J.I.D.O. 09/04/07-Alta em Clínica Médica Hospital Escola da Região.

Agrupamento	Comparação	Inferências	Relações	Diagnóstico de enfermagem
<p>Caminhão e estica as pernas. Consegue deambular, não apresentando alterações de movimento/marcha. Dorme em média três horas ininterruptas, em um total de 10 horas, por noite. Disse iniciar o sono de forma rápida. Hoje. Refere melhora considerável da falta de ar e diz que não terá dificuldades com relação ao sono na volta para casa. Não toma remédio para dormir, refere cochilos. Durante o dia, dorme uma hora, após o almoço, sentindo-se descansado e pronto para as atividades diárias. Refere que devido a melhora da falta de ar não tem dificuldade em pegar no sono rapidamente. Diz saber que não pode fazer força física e pretende seguir adequadamente esse cuidado. FR 20 i.p.m. PA 130/80mmHg, pele úmida e pegajosa. AC: BNF 2 T, sem sopros, Pulso radial 95 b.p.m., cheio, arritmico. Não se encontra monitorizado no momento da coleta de dados para alta. Diagnóstico médico: Miocardiopatia dilatada de grau importante. Fibrilação atrial. Nega palpitações, nas últimas 48 horas, ou dores associadas. Não faz uso de oxigenoterapia. Apresenta mucosas coradas. Tempo de enchimento capilar inferior a 1 seg. T axilar direita: 36,4° C. Não apresenta edemas nas pernas/tornozelo. Achou que o médico ia dizer que estava gripado devido à dificuldade respiratória apresentada no momento da consulta e, no entanto, a causa era complicação cardíacas, necessitando de internação. Apresentou formigamento nos últimos dois dias, eventualmente, nas mãos e pés. Nega desconforto respiratório, não manifestando dispnéia observada ou relatada em repouso. Narra que há um ano vem sentindo</p>		<p>Conhecimento deficiente</p>	<p>considera o trabalho uma atividade física.</p>	<p>diária sem exercícios físicos</p> <p>Conhecimento deficiente (sobre o que e atividade física) relacionado a falta de familiaridade com os recursos de informação caracterizado por comportamento impróprio</p>

Continuação...

**Quadro 3** - Síntese dos dados e diagnósticos de enfermagem da NANDA (2006) identificados em J.I.D.O. 09/04/07-Alta em Clínica Médica Hospital Escola da Região.

Agrupamento	Comparação	Inferências	Relações	Diagnóstico de enfermagem
<p>desconforto respiratório, no momento, associa esse fato ao problema do coração. Sente-se cansado, mas acha que sua energia é suficiente para as atividades que gostaria de fazer. Expansão simétrica do tórax. Frêmito tátil perceptível, presença de tosse seca.</p>				
<p><b>Avaliações cardiovasculares</b>  FR 20 i.p.m.  PA 130/80mmHg  Pele úmida e pegajosa.  AC: BNF 2 T,sem sopros PA 130/80mmHg, Pulso radial 95 b.p.m., cheio, arritmico.  Exames: ECG com laudo de Fibrilação atrial, no dia 05-04-07. Encontra-se sem monitor no momento da coleta de dados para alta. Diagnóstico médico: Miocardiopatia dilatada de grau importante. Fibrilação atrial Nega palpitações nas últimas 48 horas, não apresenta dores associadas. Não faz uso de oxigenoterapia. Apresenta mucosas coradas. Enchimento capilar inferior a 1 seg. T axilar direita: 36,4º C. Não apresenta edemas nas pernas/tornozelo. Achou que o médico iria dizer que estava gripado devido à dificuldade respiratória que apresentava no momento da consulta e, no entanto a causa era complicação cardíaca. Refere que apresentou formigamento nos últimos dois dias, e eventualmente nas mãos e pés.</p>	<p>LIBERMAN, A.; FREITAS, E.  <b>Diagnóstico e tratamento em cardiologia geriátrica.</b>  São Paulo: Manole, p.5-12, 2005.</p>	<p>Estabilização da função cardíaca</p>		
<p><b>Respostas Pulmonares</b>  Pulso 95 b.p.m. radial, cheio. Ritmo do pulso: arritmico  FR 20 i.p.m., Tórax íntegro. Nega desconforto respiratório, não manifestando dispnéia observada ou relatada em repouso. Relata que há um ano vem</p>		<p>Risco de intolerância à atividade</p>		<p>Risco de intolerância à atividade relacionado a presença de problemas circulatórios/ respiratórios.</p>

Continuação...

**Quadro 3** - Síntese dos dados e diagnósticos de enfermagem da NANDA (2006) identificados em J.I.D.O. 09/04/07-Alta em Clínica Médica Hospital Escola da Região.

Agrupamento	Comparação	Inferências	Relações	Diagnóstico de enfermagem
<p>sentindo desconforto respiratório, mas no momento sem queixas, associa ao problema do coração. Sente-se cansado mas que sua energia é suficiente para as atividades que gostaria de fazer. Diagnóstico médico: Miocardiopatiadilatada de grau importante.Fibrilação atrial. Dorme em média 3 horas ininterruptas, em média de 10 horas por noite. Disse iniciar o sono de forma rápida. Não toma remédio para dormir e relata melhora considerável do sono devido a melhora da respiração. Expansão simétrica do tórax. Frêmito tátil perceptível, presença de tosse seca. AP: MV.</p>	<p>KHAN, A.H. et al. Diagnóstico e controle da doença cardíaca no idoso. In: REICHEL, W. <b>Assistência ao Idoso</b>. Aspectos Clínicos do Envelhecimento. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.73, 2001.</p>			
<p><b>. Nutrição-</b> Em casa, ingere diariamente os seguintes alimentos: carne, ovos e derivados, cereais, grãos, massas e pães. Doces raramente; verduras e legumes disse não ingerir. No café da manhã alimenta-se de comidas recheadas com frango ou carne. P: 104,1 Kg, Altura 1,88 IMC: 32,1kg/m<sup>2</sup> .Não pratica nenhuma atividade física porque, segundo ele, não tem tempo e o seu serviço exige muito. Profissão: caminhoneiro. Conseguiu ingerir a comida do hospital, afirma que não terá problemas alimentares na alta, não apresenta a sensação de estômago cheio, dilatado, digestão lenta, azia, queimação. Usa prótese na arcada dentária superior, apresentando ausência de alguns dentes na parte inferior. Relata que não teve condições financeiras de ir ao dentista, durante a sua infância. Não apresenta lesões na cavidade oral, língua saburrosa ou halitose. Confirma ter fumado há 34 anos, por um período de oito anos, em média 20 cigarros/dia e ingerido bebidas alcoólicas, diariamente, afirma ter parado há mais ou menos cinco anos. Nega náuseas, vômitos ou regurgitação. A pele apresenta-se corada. Classifica o</p>	<p>PRADO, S.D. TAVARES, E.L. Alimentação Saudável na Terceira Idade. In: SALDANHA, A.L.; CALDAS, C.P. <b>Saúde do Idoso</b>. A arte de cuidar. 2.ed. Rio de Janeiro: Interciência, p.89, 2004.</p>	<p>Deseja melhorar a alimentação</p>		<p>Disposição para nutrição melhorada caracterizada por expressar desejo de melhorar sua nutrição</p>

Continuação...

**Quadro 3** - Síntese dos dados e diagnósticos de enfermagem da NANDA (2006) identificados em J.I.D.O. 09/04/07-Alta em Clínica Médica Hospital Escola da Região.

Agrupamento	Comparação	Inferências	Relações	Diagnóstico de enfermagem
<p>tato e o.paladar como bons. Disse mastigar os alimentos por diversas vezes antes de engolir. Engole todos os alimentos com facilidade. Refere que não recebeu nenhuma orientação para a alta quanto à.alimentação, porém sabe que não pode comer alimentos gordurosos nem salgados, em casa fará uma alimentação saudável e cuidará adequadamente da sua alimentação.</p>				
<p><b>Eliminação Urinária-</b> Ingere em média dois a três litros de água por dia, sente muita sede, inclusive carrega água dentro do caminhão. Prega cutânea desfaz-se lentamente. Frequência urinária de seis vezes, durante o dia, de coloração amarelo claro. Sente que a sua bexiga se esvazia por completo, não possui incontinência urinária, nem outras queixas. Levanta uma vez à noite para urinar, ocasionalmente. Não faz uso de diuréticos. Consegue deambular até o banheiro. Refere que não recebeu nenhuma orientação para a alta quanto à melhora da ingesta de líquidos, porém diz que vai continuar bebendo muito liquido, pois sabe seus benefícios.</p>	<p>BUSBY-WHITEHEAD, J.; JOHNSON, T.M. Incontinência Urinária. In: REICHEL, W. <b>Assistência ao Idoso.</b> Aspectos Clínicos do Envelhecimento. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 290, 2001.</p>	<p>Eliminações urinárias preservadas</p>		
<p><b>Promoção da Saúde</b> – Tem o hábito de ir á Unidade de Saúde apenas para verificar a PA, não participa de nenhuma atividade desenvolvida na unidade, pois não possui tempo para isto. Já consultou na unidade básica e costuma seguir o regime terapêutico proposto. Sabe que terá que se alimentar melhor, diminuindo o sal. Acha que para as pessoas não ficarem doentes é importante ter cuidados com a boca.</p>	<p>WORLD HEALTH ORGANIZATION. <b>Envelhecimento ativo:</b> uma política de saúde. World Health Organization. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 21-23, 2005.</p>	<p>Apresenta disposição para melhorar e controlar o plano de tratamento.</p>		<p>Disposição para controle aumentado do regime terapêutico caracterizado por expressar desejo de controlar o tratamento da doença e a prevenção de seqüelas.</p>

Continuação...

**Quadro 3** - Síntese dos dados e diagnósticos de enfermagem da NANDA (2006) identificados em J.I.D.O. 09/04/07-Alta em Clínica Médica Hospital Escola da Região.

Agrupamento	Comparação	Inferências	Relações	Diagnóstico de enfermagem
<p>necessitam ingerir alimentos, de preferência, menos gordurosos, ter atividade de lazer, beber líquidos, fazer atividades físicas, relacionar-se bem, verificar PA regularmente e ter responsabilidade com a família. Para não ficar doente, disse realizar as seguintes práticas: verifica a PA regularmente, sendo que para a alta solicitará mais visitas do agente comunitário de saúde para a aferição da pressão arterial, terá maiores responsabilidades com a família, fará atividades de lazer. Gosta de se divertir, brincar, conversar com os seus amigos mas, não gosta muito de assistir TV, só alguns programas eventualmente. Foi ao dentista pela última vez há três meses atrás Vacinou contra o influenza e o tétano. Tem uma boa vizinhança com a qual tem bom relacionamento. Conseguem, ele e sua família, manter o ambiente limpo, seguro, higienizando os utensílios de cozinha, roupas pessoais e de cama. Não possui animais domésticos em casa, não há roedores ou insetos no domicílio e adjacências. Quanto ao trabalho, sente-se mal por não poder exercer a atividade de caminhoneiro. Trabalha como autônomo, desde que aposentou, em caminhão próprio, porém no momento está parado. Cumpre corretamente os seus compromissos. Renda mensal de dois salários mínimos. Nega retorno agendado. Só voltará ao hospital quando o médico ligar para ele, continuará usando os medicamentos prescritos até o seu retorno sendo eles: Carvedilol<sup>R</sup> 6,25 mg VO 12/12 horas, Enalapril<sup>R</sup> 1X dia. Digoxina<sup>R</sup> 0,25 mg 1X dia, Marevan<sup>R</sup> 5 mg 1 cp 1X dia, Amiodarona<sup>R</sup> 200mg 2 x ao dia e Aldactone<sup>R</sup> 1 x ao dia. Narra que não foi orientado quanto aos cuidados sobre o uso dos medicamentos, diz não ter se informado mais sobre o assunto, junto ao médico responsável, pois acredita que no retorno terá mais orientações.</p>				

Continuação...

**Quadro 3** - Síntese dos dados e diagnósticos de enfermagem da NANDA (2006) identificados em J.I.D.O. 09/04/07-Alta em Clínica Médica Hospital Escola da Região.

Agrupamento	Comparação	Inferências	Relações	Diagnóstico de enfermagem
<p>Diz saber os nomes dos medicamentos e seus horários, e quando solicitado que citasse os nomes e horário dos medicamentos soube informar adequadamente.</p>		.		
<p><b>Autopercepção</b> – Pede ajuda, quando há necessidade. Atualmente está recebendo ajuda dos profissionais de saúde. Não se sente sozinho. Em alguns momentos prefere ficar só, principalmente quando está agitado, e acha que isto é bom. Algumas situações, como problemas financeiros, têm dificuldades para resolver sozinho. Então pede ajuda para os amigos, mais próximos, que têm condições. Descreve sua maneira de ser como: uma pessoa pobre e trabalhadora, normal, não exagerada nem “parada” em suas atribuições, às vezes sente-se nervoso, pois não gosta de ficar sem trabalhar. A doença foi diagnosticada há pouco tempo atrás, por isto ainda não descobriu mudanças na sua maneira de ser. Não gostaria que nada fosse diferente em seu corpo. A família está disponível para ajudá-lo. Para se distrair e passar o tempo gosta de conversar com os amigos. Realiza visitas a outras pessoas como: vizinhos e filhos. Não teria vontade de tirar sua própria vida. Acredita que não haverá significativas mudanças em sua vida, após a alta, entretanto terá que se cuidar mais, melhorando a sua alimentação e trabalho, porém relata não ter recebido qualquer orientação de nenhum profissional, logo esses cuidados serão feitos por sua conta própria. Refere acreditar que, hoje, está mais corajoso que antes, pois sabe que terá acompanhamento hospitalar adequado. Relata que continuará usando os medicamentos prescritos na internação no domicílio até a alta.</p>	<p>BRANDÃO, C. L.C. et al. A imagem corporal do idoso com câncer atendido no ambulatório de cuidados paliativos do ICHC-FMUSP. <b>Psicologia hospitalar</b>. São Paulo, v.2, n.2, p.2 dez. 2004.</p>	<p>Apresenta um bem-estar diante de si</p>	.	<p>Disposição para autoconceito melhorado caracterizado por aceitar suas qualidades e limitações.</p>

Continuação...

**Quadro 3** - Síntese dos dados e diagnósticos de enfermagem da NANDA (2006) identificados em J.I.D.O. 09/04/07-Alta em Clínica Médica Hospital Escola da Região.

Agrupamento	Comparação	Inferências	Relações	Diagnóstico de enfermagem
<p><b>Relacionamento de Papel</b> Diz sentir ansiedade, principalmente, quando não consegue fazer alguma coisa, porque depende de outros fatores ou pessoas. Neste caso, fica nervoso agitado/irritado. Percebe poucas mudanças em sua vida, após a internação, a não ser pelo serviço que está parado e expectativas do retorno e tratamento. Expõe que o pobre e sofrido se acostuma com tudo, inclusive com o sofrimento. Para o trabalhador, segundo ele, pouca coisa não é nada. Afirma que sua preocupação quanto a saúde no retorno para a casa será quanto ao trabalho. Atualmente vive com a esposa, possui sete filhos, todos casados e 12 netos que moram próximos à sua residência e estão sempre juntos. Possui 42 anos de convívio com a sua companheira e se relaciona bem com ela, assim com os demais membros da família. Disse que sua família fica preocupada sua doença descoberta recentemente, a família em relação ao sustento e o trabalho. Informa que os afazeres de casa não serão alterados em função de sua doença. Refere não ter expectativa quanto a alta e sim quanto ao retorno. Saiu do hospital acompanhado pela esposa, deambulando, de ônibus, diz que está em condições andar sem dificuldades.</p>	<p>KARSCH, U.M. Idosos dependentes famílias e cuidadores. <b>Cadernos de Saúde Pública</b>, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.861-866, mai-jun. 2003.</p>	<p>Boa harmonia familiar</p>		<p>Disposição para processos familiares melhorados caracterizados por relacionamentos geralmente positivos, interdependentes com a comunidade e as tarefas familiares são cumpridas</p>
<p><b>Enfrentamento/tolerância ao estresse</b> declara enfrentar as mudanças que ocorrem na vida de forma natural. As perdas não é algo bom, mas fazem parte da vida. Quanto aos fatores de risco como: vizinhança com alto índice de criminalidade, camas altas, uso inadequado de cinto de segurança, sol, armas, entrar em casa sem iluminação, tomadas defeituosas, uso de escadas ou cadeiras sem firmeza e pisos</p>	<p>BYRNE, Gerard JA. What happens to anxiety disorders in later life? <b>Rev. Bras. Psiquiatr.</b>, São Paulo, v.24, p.74-80, abr. 2002.</p>	<p>Ansiedade</p>	<p>Necessidades não satisfeitas.</p>	<p>Ansiedade relacionada a necessidades não satisfeitas caracterizada por agitação e irritabilidade.</p>

Continuação...

**Quadro 3** - Síntese dos dados e diagnósticos de enfermagem da NANDA (2006) identificados em J.I.D.O. 09/04/07-Alta em Clínica Médica Hospital Escola da Região.

Agrupamento	Comparação	Inferências	Relações	Diagnóstico de enfermagem
<p>escorregadios,e o risco de exposição excessiva ao sol, sendo este ultimo o mais evidente, significativo, preocupante. Apresentou um ponto na Escala de Yesavage. Disse que, atualmente, existem preocupações, e quando está nervoso gosta de sair para espaiar a cabeça. Não sente medo, no momento. Diz sentir ansiedade, principalmente, quando não consegue fazer alguma coisa porque acha que depende de outros fatores ou pessoas. Então, fica nervoso, agitado/irritado. A morte não lhe causa nenhuma sensação. Não possui sentimento de culpa. Enfrenta situação de doença com otimismo.</p>		<p>Enfrentamento ineficaz</p>	<p>Incerteza</p>	<p>Enfrentamento ineficaz relacionado à incerteza e nível inadequado de confiança e na capacidade de enfrentamento caracterizado por resoluções de problemas inadequadas.</p>
<p><b>Segurança/Proteção</b>            Pele íntegra. Não está em uso de sondas ou drenos. Não sente qualquer tipo de dor, no momento. Carvedilol<sup>R</sup> 6,25 mg VO 12/12 horas, Enalapril<sup>R</sup> 1X dia. Digoxina<sup>R</sup> 0,25 mg 1X dia, Marevan<sup>R</sup> 5 mg 1 cp 1X dia, Amiodarona<sup>R</sup> 200mg 2 x ao dia e Aldactone<sup>R</sup> 1 x ao dia.. Explica que não foi orientado quanto ao uso dos</p>	<p>BOAS, P.J.F.V.; RUIZ, T. Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. <b>Revista de Saúde Pública</b>, Botucatu, n.38, v.3, p. 372-8, 2004.</p>	<p>Existência de segurança e proteção</p>		

Continuação...

**Quadro 3** - Síntese dos dados e diagnósticos de enfermagem da NANDA (2006) identificados em J.I.D.O. 09/04/07-Alta em Clínica Médica Hospital Escola da Região.

Agrupamento	Comparação	Inferências	Relações	Diagnóstico de enfermagem
<p>medicamentos. Não indagou nada com o médico responsável, pois acha que no retorno terá as orientações devidas. Sabe o nome dos medicamentos e seus horários, e quando solicitado soube informar adequadamente. Para se proteger de quedas, acidentes, violência e agressões é necessário estar fisicamente bem. Nega contato com venenos, pesticidas, produtos de borracha, contaminação ambiental, na sua casa ou trabalho. Diz que quanto aos cuidados por ocasião da alta, tem consciência que não poderá pegar peso e nem retornar ao trabalho, enquanto o médico não o liberar.</p>				
<p><b>Cavidade oral</b>            Usa prótese na arcada dentária superior. Possui ausência de alguns dentes na parte inferior. Relata que não tinha condições financeiras de ir ao dentista, durante a sua infância. Não apresenta lesões na cavidade oral, língua saburosa ou halitose. Relata já ter fumado há 34 anos, tendo fumado por um período de oito anos, em média 20 cigarros/dia e ingerido bebidas alcoólicas diariamente. Refere ter parado há mais ou menos cinco anos.</p>	<p>AMÂNCIO, A.; CAVALCANTE, P. C. <b>Clínica geriátrica</b>. Rio de Janeiro: Atheneu, cap.11, p.85-93, 1975</p>	<p>Ausência de Dentes.</p>	<p>Tabagista, falta de recursos.</p>	<p>Dentição prejudicada relacionado a uso crônico de tabaco e barreiras econômicas ou de acesso ao cuidado profissional caracterizado por ausência de alguns dentes</p>
<p><b>Atividade de vida diária</b>            Durante o dia dorme uma hora, após o almoço. Após o sono está apto para as atividades diárias. Refere que consegue vestir sua própria roupa, tomar banho sozinho, alimentar-se, preparar seu alimento, realizar a sua higiene oral e higiene íntima.</p>	<p>COSTA, E.C.; NAKATANI, A.Y.K., BACHION, M.M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. <b>Acta Paulista Enfermagem</b>, [S.L] v.19, n.1, p.43-8, jan./mar. 2006.</p>	<p>Atividade de vida diária preservada.</p>		

Continuação...

**Quadro 3** - Síntese dos dados e diagnósticos de enfermagem da NANDA (2006) identificados em J.I.D.O. 09/04/07-Alta em Clínica Médica Hospital Escola da Região.

Agrupamento	Comparação	Inferências	Relações	Diagnóstico de enfermagem
<p><b>Fatores protetores a riscos de quedas e acidente.</b> Relata sentir todas as partes do corpo, caracteriza sua visão, audição como adequadas. Não usa óculos, nem aparelho auditivo. Apresenta-se lúcido. Obteve um ponto no teste do Mini Mental de Pfeiffer e um ponto na Escala de Yesavage. Responde as perguntas com clareza e rapidez, não apresenta dificuldades na fala. Dos fatores de risco como: vizinhança com alto índice de criminalidade, camas altas, uso inadequado de cinto de segurança, exposição excessiva ao sol, armas, entrar em casa sem iluminação, tomadas defeituosas, uso de escadas ou cadeiras sem firmeza e pisos escorregadios preocupa-se apenas com o risco de exposição excessiva ao sol. Para se proteger de quedas, acidentes, violência e agressões precisa estar bem fisicamente. Nega contatos com venenos, pesticidas, produtos de borracha, contaminação ambiental na sua casa ou trabalho. Afirma que teve esclarecimentos para os cuidados da alta somente, quanto a não pegar peso e a não trabalhar ate que seja liberado. Tem consciência que não pode pegar peso e só retornar ao trabalho depois que o médico o liberar.</p>	<p>PASCHOALIN, H. C. et al. A vulnerabilidade aos acidentes entre os idosos moradores da Fundação Espírita João de Freitas de Juiz de Fora, Minas Gerais. <b>REME – Rev. Min. Enf.</b>, Belo Horizonte, v. 8, n.2, p.321-325, abr/jun. 2004.</p>	<p>Existência de Fatores de Proteção contra Acidentes.</p>		
<p><b>Eliminações Fisiológicas</b> - Ingere em média 2 a 3 litros de água por dia, sente muita sede, inclusive carrega água dentro do caminhão. Prega cutânea desfaz-se lentamente. Frequência urinária de seis vezes, durante o dia, de coloração amarelo claro. Sente que bexiga se esvazia por completo, não</p>	<p>POIRIER, M. D. Eliminar. In: BERGER, L.; POIRIER, M. D. <b>Pessoas idosas: uma nova abordagem global, processo de enfermagem por necessidades.</b> Lisboa: Lusodidacta, cap.13, p.259-285, 1995.</p>	<p>Eliminações fisiológicas preservadas</p>		

Continuação...

**Quadro 3** - Síntese dos dados e diagnósticos de enfermagem da NANDA (2006) identificados em J.I.D.O. 09/04/07-Alta em Clínica Médica Hospital Escola da Região.

Agrupamento	Comparação	Inferências	Relações	Diagnóstico de enfermagem
<p>possui incontinência urinária, nem outras queixas. Levanta uma vez à noite para urinar, ocasionalmente. Não faz uso de diuréticos. Consegue deambular até o banheiro. Eliminação intestinal ocorre uma vez ao dia, com características endurecidas, de coloração marrom, e odor característico. Nunca evacuou involuntariamente e não faz uso de laxante. Exame abdominal: Abdômen semi globoso, ausência de massas ou nódulos palpáveis, não queixou dor, som timpânico, teste do piparote negativo. Fígado, baço e rins não palpáveis. Ausculta de 15 RHA/min no quadrante QID. Refere que não recebeu nenhuma orientação para a alta quanto à melhora da ingesta de líquidos e do funcionamento intestinal, porém diz que vai continuar bebendo muito líquido. Quanto à parte intestinal acredita que não precisará mudar nada.</p>		<p>Ingesta hídrica adequada.</p>	<p>Maior controle sobre a saúde.</p>	<p>Comportamento de busca da saúde (ingesta de líquido) caracterizado por desejo expresso ou observado de maior controle sobre as práticas de saúde</p>
<p><b>Religiosidade</b> É católico, costuma ir à igreja três vezes por mês. Acha a religião importante para o homem, e esta deve ser como uma obrigação. A religiosidade ajuda a pessoa a se concentrar no que é bom. Cumpre corretamente os seus compromissos. Afirma que até à internação não havia crença, valor, opinião e julgamento que a modificasse. Expõe que são poucas as mudanças, em sua vida, após a internação sendo elas. mudanças relacionadas ao serviço, que está parado. Afirma ter muitas expectativas quanto ao retorno e do tratamento.</p>	<p>VALLA, V.V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. <b>Interface, comunicação, saúde, educação</b>, v.4, n.7, p.37-56. Ago., 2000.</p>	<p>Estado de bem-estar religioso.</p>		

Continuação...

**Quadro 3** - Síntese dos dados e diagnósticos de enfermagem da NANDA (2006) identificados em J.I.D.O. 09/04/07-Alta em Clínica Médica Hospital Escola da Região.

Agrupamento	Comparação	Inferências	Relações	Diagnóstico de enfermagem
<p>Suas preocupações maiores no retorno para a casa são quanto ao trabalho.</p> <p><b>Percepção sensorial/ cognição</b>            Obteve um ponto no teste do Mini Mental de Pfeiffer. Responde as perguntas com clareza e rapidez, não apresenta dificuldades na fala. Refere que não se lembra de ter saído para andar sem destino prévio. Quando tem que ficar parado por muito tempo, sente-se inquieto. Diz ter uma personalidade forte e que sempre foi assim. Disse que seu olfato falha, e que não sente cheiro como as demais pessoas, percebeu isto há uns dois meses. Caracteriza sua visão como razoável, nega uso de óculos, embora tenha dificuldade para enxergar de longe, mas nada que o atrapalhe. Refere que consegue ouvir bem e o tato não apresenta problemas. A alta, para ele não significa bem estar, pois não sabe qual será o seu tratamento, mas não está desanimado. Acredita que o médico não o deixará esperando, por muito tempo, sem atendimento.</p>	<p>YODER, M.G. Distúrbios do Ouvido, nariz e garganta. In: REICHEL, W. <b>Assistência ao Idoso</b>. Aspectos Clínicos do Envelhecimento. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap.44, 2001.</p>	<p>Percepção sensorial (olfato) alterada.</p>	<p>Modificações das capacidades olfativa e visual.</p>	<p>Percepções sensorial (visual, e olfativa) perturbadas relacionadas as percepções sensoriais (olfativa e visual) alteradas caracterizada por mudança nas respostas usuais aos estímulos olfativos e visuais.</p>
<p><b>Repouso</b> - Dorme em média três horas ininterruptas, em média de 10 horas por noite. Disse iniciar o sono de forma rápida, hoje, pois apresenta melhora considerável da falta de ar. Diz que não terá dificuldades com relação ao sono na volta para casa. Não toma remédio para dormir, cochilando durante o dia, sendo que depois do repouso está apto, para as atividades diárias. Refere que devido a melhora da falta de ar não tem dificuldade em iniciar o sono rapidamente.</p>	<p>RODRÍGUES, C.M. Sono e Insônia no Idoso. In: SALDANHA, A.L.; CALDAS, C.P. <b>Saúde do Idoso: a arte de cuidar</b>. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, p.100-109, 2004a.</p>	<p>Sono preservado</p>	<p>.</p>	

Continuação...

**Quadro 3** - Síntese dos dados e diagnósticos de enfermagem da NANDA (2006) identificados em J.I.D.O. 09/04/07-Alta em Clínica Médica Hospital Escola da Região.

Agrupamento	Comparação	Inferências	Relações	Diagnóstico de enfermagem
<p><b>Esperança</b> A alta, para ele, não tem significado de bem estar, pois não sabe como será o seu tratamento, porém não está desanimado. Acredita que o médico não o deixará esperando por muito tempo, sem atendimento. Nega qualquer tipo de dor no momento. Disse que realiza visitas a outras pessoas, incluindo familiares e vizinhos.</p>	<p>GLASHAN, RQ; SANTOS, MC; OLIVEIRA, AP. Perfil do idoso internado em unidade clínica de um hospital geral universitário da Grande São Paulo, com vistas à enfermagem. <b>Acta Paulista Enfermagem</b>, São Paulo, v.12, n.2, p. 94-106, 1999.</p>	<p>Conhecimento deficiente sobre o tratamento</p>	<p>Não foi informado pelo médico sobre seu tratamento</p>	<p>Conhecimento deficiente sobre o tratamento relacionado à falta de familiaridade com os recursos de informação caracterizado por verbalização do problema.</p>