

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM

HELISAMARA MOTA GUEDES

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
IDENTIFICADOS NA ADMISSÃO HOSPITALAR DE IDOSOS,
PARA TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

GOIÂNIA

2007

HELISAMARA MOTA GUEDES

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
IDENTIFICADOS NA ADMISSÃO HOSPITALAR DE IDOSOS,
PARA TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS**

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.

Área de Concentração: Cuidado em enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Adélia Yaeko Kyosen Nakatani

GOIÂNIA

2007

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.

Ficha catalográfica

G924d	<p>Guedes, Helisamara Mota. Diagnósticos de enfermagem identificados na admissão hospitalar de idosos, para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis/ Helisamara Mota Guedes - Goiânia, 2007.</p> <p>246f.</p> <p>Dissertação (mestrado) — Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, 2007. “Orientadora: Dr.^a Adélia Yaeko Kyosen Nakatani.”</p> <p>1. Diagnóstico de enfermagem 2. Enfermagem 3. idosos – Assistência hospitalar I. Título.</p> <p>CDU: 616-083</p>
-------	--

Elaboração da ficha catalográfica
Monalisa Morais da Silva CRB2308/6

FOLHA DE APROVAÇÃO

HELISAMARA MOTA GUEDES

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS NA ADMISSÃO HOSPITALAR DE IDOSOS, PARA TRATAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

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 20 de dezembro de 2007

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Adélia Yaeko K. Nakatani
Faculdade de Enfermagem da Universidade
de Goiás

Assinatura

Prof^a. Dr^a. Maria Márcia Bachion
Faculdade de Enfermagem da Universidade
de Goiás

Assinatura

Prof^a. Dr^a. Tânia 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 aos meus amados pais, Antônio Guedes e Mariinha, pelo amor incondicional e exemplo de vida, união e trabalho. Por meio dele, consigo ver que a velhice pode ser de muitas possibilidades: bom humor, bem-estar e muitos sonhos, em qualquer idade.

AGRADECIMENTOS

À **Flavyane Santana** (*in memoriam*) em especial à **Cinelândia**, por ter me acolhido durante um ano na cidade de Goiânia e ter me proporcionado momentos de alegria, compartilhamentos, amizade e carinho. Sinto sempre a sua falta.

À professora Dr^a. **Adélia Yaeko Kyosen Nakatani** por ter permitido que este sonho se concretizasse, proporcionando grandes ensinamentos, incentivo e amadurecimento. Sinto que o crescimento foi muito grande neste período de tempo. Obrigada por me mostrar o caminho do “desabrochar”.

À **Walquíria Lane** e família por ter me acolhido em um momento tão difícil e marcante desta caminhada. O carinho e amizade de vocês são impagáveis e serei eternamente grata.

Às professoras Dr^a. **Maria Márcia Bachion** e Dr^a. **Adenícia Custódia Silva e Sousa**, que compuseram a Banca de Exame de Qualificação, por suas contribuições valiosas no refinamento deste trabalho.

À **Daniella Pires Nunes**, acadêmica de enfermagem da UFG, pela amizade, contribuições e compartilhamentos referentes aos trabalhos envolvendo os idosos.

À **Coordenação** e aos **professores do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás**, por terem sido transparentes no processo de seleção do mestrado oportunizando a troca de experiências, aprendizados, tão importantes para a expansão do saber em enfermagem.

Ao **Centro Universitário do Leste de Minas Gerais - UNILESTE-MG** por ter me liberado e incentivado na busca deste mestrado.

Aos professores e amigos do Unileste-MG: **Anderson Aquiles, Ana Beatriz Passos, Maione Louzada, Aline Barros, Sandra Margon, Willian Miranda** e demais professores que fazem parte do Núcleo – Trabalho de Conclusão de Curso Enfermagem meu agradecimento pelo apoio, tarefas divididas e pela torcida. Com vocês eu aprendo que o conhecimento se renova a cada dia.

Aos **colegas do Mestrado**, por serem tão receptivos me proporcionando tantas ocasiões de troca de experiências, alegrias, descontração e pela ajuda nos períodos difíceis.

Aos secretários de Pós-graduação **Célia** e **Gabriel** por serem o elo entre mim e o programa de mestrado, respondendo aos contatos realizados.

Aos meus **familiares** e **amigos**, que muito me ajudaram nas dificuldades passadas contribuindo sempre com o apoio confiante, em especial a **Mirella, Thalles, Sávio, Lucas, Janice** e **Fábio**.

Aos meus **irmãos**, pelo carinho, orações, amor e por torcerem tanto por mim.

Aos meus **sobrinhos** por entenderem a minha constante ausência fazendo com que os pequenos instantes fossem valiosos.

Aos **idosos** que concordaram em participar desta pesquisa e à **instituição hospitalar** que autorizou a realização deste estudo.

Ao **Maycon Magalhães** e **Samuel Magalhães** por terem auxiliado na formatação das tabelas e do trabalho.

Em especial, agradeço a **Deus**, por ter me protegido nas inúmeras e distantes viagens, evitando que algum mal me ocorresse. No meu caminho só atravessaram pessoas boas e enriquecedoras e tudo isto é obra do Seu amor para que este sonho se concretizasse. O conhecimento adquirido será empregado para que os idosos tenham melhor qualidade de vida.

*“Pela idade, há muito tempo que sou um velho.
Mas só pela idade. Trabalho com a mesma
vontade de sempre e a imaginação ainda não
desertou de mim”.*

José Saramago.

RESUMO

GUEDES, Helisamara Mota. **Diagnósticos de Enfermagem identificados na admissão hospitalar de idosos, para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis**. 2007. 186f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, 2007.

Diante da necessidade de se repensar a atuação do enfermeiro na saúde do idoso, surge a necessidade de se conhecer as respostas humanas de idosos, no momento da admissão hospitalar. O conhecimento dos diagnósticos de enfermagem permitirá planejar a assistência a esses idosos, além de preparar a equipe de enfermagem para atender a essas respostas. **Objetivos:** analisar as características da população de idosos quanto a: idade, ocupação, escolaridade, estado civil, religião, renda mensal, número de filhos, procedência, número de doenças crônicas, forma de entrada no hospital e internações anteriores, de acordo com o sexo; identificar os Diagnósticos de Enfermagem de acordo com a Taxonomia II da NANDA (2006) em idosos internados para tratamento clínico; descrever os fatores relacionados, de risco e características definidoras dos diagnósticos de enfermagem identificados nessa população. **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, em 28 idosos admitidos nas primeiras 24 horas, na clínica médica, em um Hospital Escola da Região Centro-Oeste. A coleta de dados ocorreu entre abril a outubro de 2007, mediante a utilização de um instrumento estruturado para avaliação do idoso. Para a identificação dos diagnósticos de enfermagem foi utilizado o processo de raciocínio clínico de acordo com Risner (1995). **Resultados:** os idosos admitidos na clínica médica apresentaram como características serem predominantemente homens, na faixa etária de 60 a 69 anos, católicos, com baixa escolaridade, renda mensal de um a três salários mínimos, portadores de duas ou mais doenças, internações anteriores e foram admitidos vindo do Pronto Socorro. Foram identificados 58 diferentes diagnósticos de enfermagem, com variação de OITO a 18 diagnósticos por idosos, com média de 12,36, desvio padrão de 2,94 e mediana de 12. Os domínios Atividade/Repouso, Eliminação e Troca e Percepção/Cognição apresentaram maior prevalência de diagnóstico de

enfermagem. Os domínios Princípios da Vida e Crescimento/Desenvolvimento não apresentaram diagnóstico de enfermagem. O domínio Segurança/Proteção e Enfrentamento/Tolerância ao Estresse apresentaram uma baixa prevalência se comparado aos outros domínios. Os diagnósticos que obtiveram frequência maior ou igual a 50% foram: dentição prejudicada (100%), risco de infecção (100,0%), conhecimento deficiente (82,1%), disposição para autoconceito melhorado (82,1%), disposição para processos familiares melhorados (72,5%), disposição para enfrentamento individual aumentado (60,6%) e risco de quedas (57,1%). Os diagnósticos que tiveram uma frequência igual a 3,5% foram: volume excessivo de líquidos, nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, constipação, risco de constipação, déficit no autocuidado para alimentação, perambulação, disposição para conhecimento aumentado sobre a doença, memória prejudicada, comunicação verbal prejudicada, risco de sentimento de impotência, baixa auto-estima situacional, distúrbio da imagem corporal, hipertemia e isolamento social. Os fatores relacionados mais prevalentes para esse panorama de diagnóstico de enfermagem foram fraqueza/cansaço, alterações metabólicas, doença crônica, fadiga, cognição prejudicada, desequilíbrio entre a oferta e demanda de oxigênio. Os fatores de risco foram: o uso de medicamentos, energia diminuída/fadiga, presença de problemas circulatório/respiratório. **Conclusão:** O presente estudo proporcionou conhecer quais as necessidades de cuidados dos idosos admitidos e fornecer subsídios para que a equipe de enfermagem do referido hospital possa fundamentar a assistência planejando um cuidado holístico e resolutivo, além de possibilitar a adequação dos recursos humanos e materiais para atender essa demanda.

Palavras-chave: enfermagem, diagnóstico de enfermagem, idoso, clínica médica, assistência de enfermagem.

ABSTRACT

GUEDES, Helisamara Mota. **Nursing diagnostic identified in the hospital admission of elderly people for non transmissible chronic illnesses treatment.** 2007. 186f. Paper (Master in Nursing) – Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, 2007.

In accordance with the necessity of rethinking the nurse performance towards to the health program of elderly people, it appears the necessity of knowing these people human answers at the moment of the hospital admission. The nursing diagnostic knowledge will allow the assistance planning to these aged ones, and also, to prepare the nursing team to attend these answers. **Objectives:** to analyze these population characteristics such as: age, sex, occupation, education, civil state, religion, monthly income, number of children, origin, number of chronic illnesses, ways of admissions to the hospital and previous internments, according to their gender; to identify in accordance to the Taxonomy of NANDA (2006) Nursing Diagnostic among the interned ones for clinical treatment; to describe the related factors of risk and defining characteristics of the identified diagnostic of nursing in this population. **Methodology:** it is related to a descriptive study, quantitative boarding, in 28 aged ones admitted during the first 24 hours in the medical clinic, situated in a center-west region Hospital School. The data collection occurred between August to October, 2007, by means of an instrument usage, half-structuralized for the elderly people evaluation. For the identification of the nursing diagnostic, the process of clinical reasoning in accordance with Risner (1995) was used. **Results:** People admitted into the medical clinic had presented as characteristic to be predominantly men, aged group in between 60 to 69, Catholics, low education, monthly income of one to three minimum wages, carrying two or more illnesses, 85.7% with previous internments and 57.1% admitted by the Ready Aid. Among these numbers, 58 different nursing diagnosis had been identified, variation of 8 to 18 diagnostic, average of 12.36, shunting line standard of 2.94 and medium of 12. The domain Activity/Rest, Elimination and Exchange and Perception/Cognition, had presented greater prevalence of nursing diagnosis. The domain Life Principles and Growth/Development had not presented nursing diagnosis. The domain

Security/Protection and Confrontation/Toleration to the Stress had presented a low prevalence if compared to the other domains. The diagnostics which have had bigger frequency of 50% were: harmed dentition (100%), risk for infection (100%), deficit knowledge (82.1%), disposal for improved self-concept (82.1%), disposal for improved familiar processes (72.5%), disposal for increased individual confrontation (60.6%) and risk for falls (57.1%). The diagnostics which have had less frequency of 3.5% were: fluid volume excess, altered nutrition: less than body requirements, constipation, risk for constipation, feeding self care deficit, rambling, disposal increased for knowledge concerning the illness, impaired memory, impaired verbal communication, risk of impotence feeling, situational low self esteem, body image disturbance, hyperthermia and social isolation. The most prevalent related factors to these nursing diagnostic prospects were weakness/fatigue, metabolic alterations, chronic illness, harmed cognition, disequilibrium between offer and demand of oxygen, the risk factors were the medicine usage, energy decrease/fatigue, presence of circulatory/respiratory problems. **Conclusion:** The present study had provided the knowledge of which are the elderly care necessities and also to supply subsidies so that the related hospital nursing team can base the assistance, planning an holistic and resolute care, as well as making possible the adequacy of the human resources and material to attend the demand.

Word-keys: nursing, nursing diagnosis, elderly, medical clinic, nursing assistance.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Representação dos domínios e classes da Taxonomia II.....	32
------------	---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Distribuição das classes e diagnósticos de enfermagem do Domínio Promoção da Saúde (NANDA, 2006).	34
Quadro 2 -	Distribuição das classes e diagnósticos de enfermagem do Domínio Nutrição (NANDA, 2006).	41
Quadro 3 -	Distribuição das classes e diagnósticos de enfermagem do Domínio Eliminação e Troca (NANDA, 2006).	46
Quadro 4 -	Distribuição das classes e diagnósticos de enfermagem do Domínio Atividade/Repouso.....	50
Quadro 5 -	Distribuição das classes e diagnósticos de enfermagem do Domínio Percepção/Cognição (NANDA, 2006).....	57
Quadro 6 -	Distribuição das classes e diagnósticos de enfermagem do Domínio Autopercepção (NANDA, 2006).....	61
Quadro 7 -	Distribuição das classes e diagnósticos de enfermagem do Domínio Relacionamentos de Papel (NANDA, 2006).	63
Quadro 8 -	Distribuição das classes e diagnósticos de enfermagem do Domínio Sexualidade (NANDA, 2006).	67
Quadro 9 -	Distribuição das classes e diagnósticos de enfermagem do Domínio Enfrentamento/ Tolerância ao Estresse (NANDA, 2006).....	69
Quadro 10 -	Distribuição das classes e diagnósticos de enfermagem do Domínio Princípios de Vida (NANDA, 2006).	72
Quadro 11 -	Distribuição das classes e diagnósticos de enfermagem do Domínio Segurança/Proteção (NANDA, 2006).	75
Quadro 12 -	Distribuição das classes e diagnósticos de enfermagem do Domínio Conforto (NANDA, 2006).	81
Quadro 13 -	Distribuição das classes e diagnósticos de enfermagem do Domínio Crescimento/Desenvolvimento (NANDA, 2006).	83
Quadro 14 -	Descrição dos atributos críticos, semiotécnica e parâmetros de avaliação de acordo com os domínios da Taxonomia da NANDA (2006).	225
Quadro 15 -	Análise dos dados identificados em E. T. S., 09/04/07 - Admissão.	234
Quadro 16 -	Síntese dos dados e diagnósticos de enfermagem da NANDA (2006) identificados em E. T. S. 09/04/07- Admissão em Clínica Médica Hospital Escola da Região.	238

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos idosos segundo o perfil sócio-econômico-demográficos, por faixa etária. Clínica médica de um Hospital Escola da Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007.	95
Tabela 2 -	Distribuição das características relacionadas à saúde dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola da Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007.	99
Tabela 3 -	Distribuição das categorias diagnósticas, por domínio, encontradas em idosos na Clínica Médica de um Hospital Escola da Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007.	104
Tabela 4 -	Distribuição dos fatores relacionados e as características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Segurança Proteção, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).	109
Tabela 5 -	Distribuição dos fatores de risco, segundo os diagnósticos do domínio Segurança/Proteção, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).	114
Tabela 6 -	Distribuição dos fatores relacionados e características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Atividade/Repouso, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).	119
Tabela 7 -	Distribuição dos fatores de risco, segundo o diagnóstico Risco de Intolerância à Atividade, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).	122
Tabela 8 -	Distribuição dos fatores de risco, segundo o diagnóstico do domínio Atividade/Repouso, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).	131
Tabela 9 -	Distribuição dos fatores relacionados e características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Percepção/Cognição, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).	141
Tabela 10 -	Distribuição das características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Percepção/Cognição, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).	142

Tabela 11 -	Distribuição dos fatores relacionados, segundo os diagnósticos do domínio Promoção da Saúde, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).	147
Tabela 12 -	Distribuição das características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Percepção/Cognição, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).	150
Tabela 13 -	Distribuição das características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Autopercepção, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).	153
Tabela 14 -	Distribuição dos fatores de risco, segundo os diagnósticos do domínio Autopercepção, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).	155
Tabela 15 -	Distribuição dos fatores relacionados e das características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Autopercepção, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).	156
Tabela 16 -	Distribuição das características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Enfrentamento/Tolerância ao Estresse, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).	159
Tabela 17 -	Distribuição dos fatores relacionados e das características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Enfrentamento/Tolerância ao Estresse, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).	160
Tabela 18 -	Distribuição das características definidoras, segundo o diagnóstico Relacionamento de Papel, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).	163
Tabela 19 -	Distribuição dos fatores relacionados e das características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Relacionamentos de Papel, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).	165
Tabela 20 -	Distribuição dos fatores relacionados e das características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Eliminação e troca, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).	169

Tabela 21 -	Distribuição dos fatores de risco, segundo os diagnósticos do domínio Eliminação e troca, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).	173
Tabela 22 -	Distribuição das características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Eliminação e troca, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).	174
Tabela 23 -	Distribuição dos fatores relacionados e das características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Conforto, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).	175
Tabela 24 -	Distribuição dos fatores relacionados e das características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Nutrição, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).	178
Tabela 25 -	Distribuição dos fatores de risco, segundo os diagnósticos do domínio Nutrição, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).	181
Tabela 26 -	Distribuição dos fatores relacionados, segundo os diagnósticos do domínio Sexualidade, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).	183

LISTA DE SIGLAS

AVC	acidente vascular cerebral
AC	ausculta cardíaca
AIH	Autorizações de Internação Hospitalar
AIVD	atividades instrumentais de vida diária
AA	Alcoólatras Anônimos
AT	altura
AVD	atividades de vida diária
b.p.m.	batimento por minuto
B1	primeira bulha cardíaca
B2	segunda bulha
BNF	bulhas normofonéticas
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DCNT	doenças crônicas não-transmissíveis
DE	Diagnósticos de Enfermagem
CO ₂	dióxido de carbono
DPOC	doença pulmonar obstrutiva crônica
ECG	eletrocardiograma
ESF	Estratégia Saúde da Família
FC	freqüência cardíaca
FR	freqüência respiratória
HDL	lipoproteínas de alta densidade
i.p.m.	incursões por minuto
IC	insuficiência cardíaca descompensada

ICC	insuficiência cardíaca congestiva
IMC	Índice de Massa Corpórea
kg	kilograma
m ²	metro quadrado
MCP	miocardiopatia dilatada
mg	miligramas
ml	mililitros
mmHg	milímetros de mercúrio
MMII	membros Inferiores
MV	murmúrios vesiculares
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
P	peso
PA	pressão arterial
PAS	pressão arterial sistólica
PD	pressão diastólica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilio
PSF	Programa Saúde da Família
PS	Pronto Socorro
QID	quadrante inferior direito
RA	ruídos adventícios
RCR	ruídos cardíacos regulares
RHA	ruídos hidroaéreos
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SIAB	Sistemas de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

T	temperatura
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	21
1.1 OBJETIVO GERAL	29
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	30
2.1 TAXONOMIA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DA NANDA.....	30
2.2 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E SUAS REPERCUSSÕES NAS RESPOSTAS HUMANAS	33
3. METODOLOGIA	84
3.1 TIPO DE PESQUISA	84
3.2 LOCAL DE PESQUISA	84
3.3 ASPECTOS ÉTICOS LEGAIS	85
3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA DE ESTUDO	86
3.5 ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	88
3.5.1 Construção e Refinamento do Instrumento de Coleta de Dados.....	88
3.6 COLETA DE DADOS	90
3.7 IDENTIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM.....	91
3.8 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	93
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	94
4.1 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS NA ADMISSÃO DE IDOSOS EM CLÍNICA MÉDICA.....	102
4.1.1 Diagnósticos de enfermagem do domínio Segurança/Proteção	108
4.1.2 Diagnósticos de enfermagem do domínio Atividade/Repouso.....	118
4.1.3 Diagnósticos de enfermagem do domínio Percepção/Cognição	138
4.1.4 Diagnósticos do domínio Promoção da Saúde	146
4.1.5 Diagnósticos de enfermagem do domínio Autopercepção.....	153
4.1.6 Diagnósticos de enfermagem do domínio Enfrentamento/Tolerância ao Estresse	158
4.1.7 Diagnósticos de enfermagem do domínio Relacionamento de Papel	163
4.1.8 Diagnósticos de enfermagem do domínio Eliminação/Troca	168
4.1.9 Diagnósticos de enfermagem do domínio Conforto	175
4.1.10 Diagnósticos de enfermagem do domínio Nutrição	178
4.1.11 Diagnósticos de enfermagem do domínio Sexualidade	182
5. CONCLUSÃO	186
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	192
REFERÊNCIAS	195
APÊNDICE A - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	210

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	211
APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS NO PERÍODO DA ADMISSÃO	215
APÊNDICE D - DESCRIÇÃO DOS ATRIBUTOS CRÍTICOS, SEMIOTÉCNICA E PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO DE ACORDO COM OS DOMÍNIOS DA TAXONOMIA DA NANDA (2006).....	224
APÊNDICE E - RACIOCÍNIO CLÍNICO DESENVOLVIDO A PARTIR DOS DADOS DE UM IDOSO ADMITIDO NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL ESCOLA DA REGIÃO CENTRO-OESTE.....	234

1. INTRODUÇÃO

A população idosa é a parcela que mais cresce no conjunto da população mundial. Isto ocorre graças ao aumento da expectativa de vida e à diminuição das taxas de natalidade. No Brasil, o processo de envelhecimento populacional vem ocorrendo num ritmo acelerado e num curto espaço de tempo (BRASIL, 2006a).

A terceira idade representa tempo liberado à cristalização dos velhos sonhos e à realização de um novo projeto de vida por meio do cultivo das amizades, dos filhos, netos, dedicar a alguma atividade recreativa, prestar serviços à comunidade, viajar, voltar a estudar. É a realização dos desejos que as preocupações da vida não deixaram aflorar. Desta forma, o envelhecimento pode ser entendido como um fenômeno natural, que resulta do somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas próprias do envelhecimento normal, processo denominado de senescência. Por outro lado, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência, processo denominado de senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (BRASIL, 2006a).

Algumas pesquisas mostram que os idosos brasileiros parecem tender mais para a senilidade como os estudos realizados no Brasil com base populacional, em que foi identificado que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma enfermidade crônica, e cerca de 15% pelo menos cinco. Quanto à dependência funcional, 4 a 6 % apresentam formas graves, 7 a 10% moderadas, 25 a 30% leves (BRASIL, 2002a). Rosa et al. (2003) explicitam que dependência funcional moderada/grave é aquela em que o indivíduo possui dificuldade para realizar quatro ou mais atividades e

dependência leve de uma a três atividades. Esses estudos nos levam a inferir que uma população com essas características possivelmente necessitará de um número maior de hospitalização.

No estudo de Nunes e Nakatani (2006) realizado em Goiânia com 407 idosos, foi identificado que estes apresentaram comprometimento visual (69%) e auditivo (30,2%), possuíam uma ou mais doenças (74,9%), principalmente hipertensão arterial, além de comprometimento nas Atividades de Vida Diária (AVD) e nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).

O rápido crescimento da população idosa vem produzindo grande impacto no sistema de saúde, com elevação dos custos e da utilização dos serviços. O gasto com o idoso tende a ser maior do que com as outras faixas etárias (AMARAL et al., 2004), sendo que 33,5% do total aplicado em internações hospitalares são gastos com esse grupo populacional (PEIXOTO et al., 2004; GONÇALVES, 2000).

Ao analisar os dados de internações hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 2001, constata-se que os idosos representavam 8,5% da população atendida, consumindo 1.267 bilhões de reais em hospitais. Para a população de 0 a 14 anos, que representa 29,6% da população brasileira total, foram gastos 922 milhões (BRASIL, 2002a).

A tendência é de os gastos aumentarem, tendo em vista que a quantidade de pessoas idosas cresce sensivelmente e as doenças crônicas e múltiplas perduram por vários anos, exigindo assistência das equipes multidisciplinares permanentes e intervenções contínuas. Surge, para os profissionais de saúde, o desafio de cuidar da saúde do idoso, cujo perfil apresenta grande ocorrência de hospitalização, readmissões e permanência hospitalar prolongada (BRASIL, 2002a).

Alvarenga e Mendes (2003) realizaram um estudo com 262 idosos, em um hospital geral de Marília-SP, nos anos de 1996 e 1997. No contingente assistido, 32,8% foram readmitidos, uma vez em dois anos, 33,4% duas ou três readmissões no mesmo período. A média de idade dos idosos pesquisados foi de 73,2 anos, predominando como causas de internação as doenças crônicas respiratórias.

Caselli (1998) identificou em 1996, no Município de São Carlos, um total de 4.125 internações de idosos, tendo como principais causas as doenças do aparelho circulatório (31,7%), do aparelho respiratório (13,6%), do aparelho digestivo (9,2%), do aparelho geniturinário (5,6%), além das neoplasias (4,9%) e de outros sinais e sintomas (15,2%).

Amaral et al. (2004) realizaram um estudo, no ano de 1999, em quatro unidades hospitalares da cidade do Rio de Janeiro. Em 25.928 Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), os motivos que levaram os idosos às internações foram: doenças circulatórias (26,6%), nos olhos e anexos (12,8%), do aparelho digestivo (12,2%), do aparelho geniturinário (10,7%), neoplasias (10,1%) e doenças do aparelho respiratório (7,5%).

Marra et al. (1989) afirmam que o número de leitos disponíveis nos hospitais é insuficiente para atender aos tratamentos que precisam de regime de internação, sendo indispensável, portanto, aumentar o aproveitamento dos leitos hospitalares, diminuindo a sua média de ocupação.

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) que afetam os idosos não são passíveis de cura e o máximo que se consegue, em situações de vigilância competente e aderência total ao tratamento proposto, é o controle da progressão dessas doenças, evitando-se complicações e agravamentos. Diante da falta de identificação da doença ou quando é mal tratada, por falha do sistema de saúde

e/ou do paciente, tendem a progredir e a gerar complicações, geralmente expressas por incapacidades físicas e mentais associadas à doença original (RAMOS, 2002).

Destaca-se que ao longo das últimas décadas os níveis de atenção à saúde – primária, secundária e terciária – estiveram centradas no atendimento médico, medicamentoso, com pouca ou nenhuma prática de prevenção de doenças e promoção da saúde (CECILIO, 1997).

As DCNT quando precocemente identificadas e adequadamente tratadas podem permitir ao idoso uma boa qualidade de vida, maior sobrevida livre de complicações, porém maior será o investimento em longo prazo para que essa situação se mantenha (RAMOS, 2002).

Acompanhando o dia-a-dia de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) mais as várias informações sobre o processo de envelhecimento, percebe-se que é inquietante o número de idosos hospitalizados. Podia-se notar que o mesmo idoso apresentava repetidas internações e as ações dos profissionais da atenção básica eram praticamente nulas no restabelecimento da saúde, principalmente em áreas não cobertas pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Os procedimentos e condutas realizados no ambiente hospitalar eram transmitidos, na maioria das vezes, por idosos e seus familiares. Muitas informações chegavam incompletas ou distorcidas dificultando a continuidade da assistência.

“Todos os levantamentos realizados a respeito do perfil de mortalidade da clientela atendida nos pronto-socorros mostram que a maioria dos atendimentos é de patologias consideradas mais simples” (CECILIO, 1997, p. 471) e essas poderiam ser resolvidas nas unidades básicas de saúde. Muitas das causas de internação dos idosos poderiam ser controladas, evitando internações desnecessárias. Vários programas têm sido realizados na comunidade pela equipe

de saúde da família com propósitos de promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças. Entretanto observa-se que esses não têm sido eficientes para evitar a internação e reinternação dos idosos.

O enfermeiro, no contexto da atenção básica, tem atuado mais focado nas atividades e programas, respeitando uma agenda fixa, ao invés de atuar nas reais necessidades dos idosos, famílias e comunidades.

Diante da necessidade de se pensar novas formas de atuação que se implementem o programa de saúde do idoso, prioridade do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006d), surge a necessidade de implantar mutuamente o processo de enfermagem como metodologia assistencial no acompanhamento à saúde pelo enfermeiro. O processo de enfermagem consiste em uma abordagem de solução de problemas (SMELTZER; BARE, 2006; NETTINA, 2003) por meio do qual as necessidades individualizadas do cliente, familiares e comunidade possam ser identificadas/conhecidas e satisfeitas, pela atuação da prática de enfermagem, por meio de habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais (BARROS, 1998).

Independente do campo de atuação, o Processo de Enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, que utiliza o método científico para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. Segundo a Resolução n. 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), competem privativamente ao enfermeiro a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem (COFEN, 2002).

Cianciarullo (1997) alerta que, embora o processo de enfermagem tenha direcionado uma nova forma de atuação do enfermeiro com competência, não assegura a qualidade da assistência. Para garantir a qualidade é necessário que

todo o processo seja controlado e avaliado, constantemente, para que as possíveis distorções sejam identificadas rapidamente e as correções possam ser efetuadas.

O processo de enfermagem é implementado em cinco etapas distintas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. Caracteriza-se como uma estratégia de cuidados humanizados, por prestar assistência de enfermagem individualizada, considerando os interesses e desejos do paciente e da família (ALFARO-LEFEVRE, 2000); além disso, deve valorizar a dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão e respeitando-o (BRASIL, 2006b). A estratégia de cuidado humanizado deve permear todas as fases do processo de enfermagem, iniciando na coleta de dados, momento em que se estabelece o vínculo profissional-pessoa que deve fortalecer a confiança dessa relação, possibilitando a identificação de dados confiáveis e suficientes para a elaboração do diagnóstico de enfermagem.

O foco deste estudo consiste na segunda etapa do processo de enfermagem, ou seja, os diagnósticos de enfermagem (DE). Essa fase consiste em um

[...] julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade em relação a problemas de saúde reais ou potenciais/processos de vida, que fornece a base para uma terapia definitiva, que busca alcançar, numa estrutura designada, resultado no qual a enfermagem é necessária (NANDA, 2006, p. 296).

O diagnóstico de enfermagem é a fase em que se identificam as necessidades de cuidados e auxilia a equipe de enfermagem a definir prioridades de ações, selecionando as intervenções para atingir resultados. Além de facilitar os registros de enfermagem e a comunicação entre os enfermeiros e propiciar o foco para a avaliação das ações a serem executadas (DALRI et al., 1996), proporciona também facilidade na comunicação entre os demais profissionais de saúde, além de

centralizar e assegurar qualidade, servindo como revisão da atuação dos profissionais envolvidos na área e, principalmente, da qualidade do serviço prestado à pessoa assistida (POTTER; PERRY, 2002).

A North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) ressalta que o cuidado de saúde mundial deve ultrapassar fronteiras, limites de espaço, tempo e tecnologia. Os DE permitem isso, uma vez que a nomenclatura é padronizada e expande o conhecimento de enfermagem, mediante a vinculação entre os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, além de ser útil na determinação da relação custo-eficácia, eficiência e qualidade do cuidado em enfermagem (NANDA, 2002).

Na atuação prática, quando se menciona que uma pessoa tem o diagnóstico médico de Diabetes Mellitus, menciona-se a sua doença apenas. Ao se afirmar que essa mesma pessoa tem os seguintes DE: débito cardíaco diminuído, eliminação urinária prejudicada, padrão de sono perturbado, déficit de autocuidado para higiene/banho, conhecimento deficiente, dentição prejudicada e risco de infecção, refere-se às respostas dessa pessoa diante da sua condição de saúde frente à doença Diabetes, que representam o foco de interesse e da prática de Enfermagem. Essas respostas subsidiarão o planejamento da assistência de enfermagem.

Alguns estudos concluíram que a identificação dos DE contribui para o planejamento e execução de um plano de cuidados direcionado a cada cliente, permite avaliar a necessidade de recursos e a qualidade da assistência de enfermagem e também propor medidas para a modificação da prática por meio de programas de educação continuada (FLÓRIO; GALVÃO, 2003; CUNHA; CARMAGNANI; CORNETTA, 2002; CAMIÃ; MARIN; BARBIERI, 2001; ROSSI et al., 2000).

Assim, conhecer o DE na prática de Enfermagem, junto a idosos, pode permitir a identificação das necessidades de adequação dos recursos humanos e materiais para atender às demandas deste grupo populacional.

No ensino, poderá ser útil para a readequação dos projetos na área gerontogeriatrica, além de facilitar a tomada de decisão clínica pelos acadêmicos de enfermagem, possibilitando ampliação do espaço do enfermeiro na área.

O conhecimento das respostas humanas de idosos, no momento da admissão hospitalar, assim como suas causas desencadeadoras, permitirá a reflexão sobre a resolubilidade do atendimento na atenção básica pelos profissionais e/ou gestores de saúde. Por meio da identificação das respostas humanas dos idosos, o enfermeiro, juntamente com as demais categorias da equipe de enfermagem, poderá desenvolver na comunidade estratégias de ações que priorizem a promoção, manutenção e recuperação da saúde, propiciando a participação do idoso e de seu familiar no processo de cuidado, postergando o máximo possível a alteração no estado de saúde que resulte em internação e reinternação.

O conhecimento dos DE poderá auxiliar na reestruturação do planejamento da assistência de enfermagem na comunidade, ampliando o espaço do enfermeiro e reforçando suas competências diante da equipe interdisciplinar, contribuindo para a integralidade e resolubilidade.

A abordagem dessa temática vem ao encontro da construção do SUS, uma vez que contempla as diretrizes de integralidade, equidade e resolubilidade (BRASIL, 2006b) além das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação do Enfermeiro (ALMEIDA, 2005) e atende os preceitos legais da prática profissional do enfermeiro (COFEN, 2007).

1.1 OBJETIVO GERAL

Esta pesquisa tem como objetivo analisar o perfil de diagnósticos de enfermagem de acordo com a Taxonomia II da NANDA (2006), na admissão hospitalar de idosos atendidos, para tratamento de doenças crônicas não-transmissíveis.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar as características da população de idosos quanto a: idade, ocupação, escolaridade, estado civil, religião, renda mensal, número de filhos, procedência, número de doenças crônicas, forma de entrada no hospital e internações anteriores, de acordo com o sexo.

Identificar os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA (2006) em idosos internados para tratamento clínico.

Descrever os fatores relacionados, fatores de risco e características definidoras para os diagnósticos de enfermagem identificados nessa população.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A internação hospitalar, por mais simples que seja a sua causa, desencadeia no idoso e familiar um sentimento de insegurança, uma vez que o hospital representa um ambiente estranho e de pessoas desconhecidas. Com o propósito de buscar um melhor direcionamento da assistência de enfermagem ao idoso admitido na clínica médica, selecionaram-se, para guiar a elaboração deste estudo, os domínios da NANDA (2006) direcionados para as alterações apresentadas pelo idoso, decorrentes do processo de envelhecimento, que são contempladas em cada domínio.

2.1 TAXONOMIA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DA NANDA

Neste estudo utilizar-se-á como referencial teórico a Taxonomia II da NANDA (2006) que compreende três níveis: domínios, classes e DE, sendo 13 domínios, 47 classes e 172 diagnósticos (NANDA, 2006). A NANDA tem produzido versões de Taxonomia sendo a mais atual a 2007-2008, publicada no final de 2007. Esta última versão contém 15 novos diagnósticos e 26 diagnósticos revisados, totalizando 187 diagnósticos (NANDA, 2008). Na época de execução desta pesquisa a versão mais recente era a de 2006.

Os DE variam de acordo com o tipo de resposta do indivíduo, família e comunidade, sendo divididos em três tipos (NANDA, 2006):

- **o diagnóstico de enfermagem real ou vigente**, que descreve as respostas humanas aos processos vitais presentes ou patológicos, os

quais são sustentados pela presença das características definidoras ou sinais e sintomas;

- o **diagnóstico de enfermagem de risco** que descreve as respostas humanas que têm possibilidade para se instalar frente aos processos vitais ou patológicos, sendo sustentado por fatores de risco que mantêm diferentes graus de vulnerabilidade, e
- o **diagnóstico de enfermagem de bem-estar**, descreve respostas humanas a níveis de bem-estar.

Um diagnóstico possui os seguintes componentes (NANDA, 2006):

- **Título** - nome do diagnóstico. Termo ou frase concisa que pode incluir modificadores.
- **Definição** - estabelece uma descrição clara e precisa do significado do diagnóstico.
- **Características definidoras** - sugestões/inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem. Pimenta et al. (1993) acrescentaram que são evidências as quais o enfermeiro interpreta e agrupa pelo seu julgamento, sendo fundamental para a afirmação diagnóstica.
- **Fatores relacionados** – são fatores que aparecem para mostrar algum tipo de relacionamento padronizado com o diagnóstico de enfermagem. Para Pimenta et al. (1993) são esses os elementos que contribuem para a ocorrência do diagnóstico. Devem ser investigados, pois auxiliam na determinação das intervenções.
- **Fatores de risco** – são considerados fatores ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a

vulnerabilidade do indivíduo, da família ou da comunidade a um evento insalubre.

A Figura 1 ilustra os domínios e classes da estrutura da Taxonomia II da NANDA (2006).

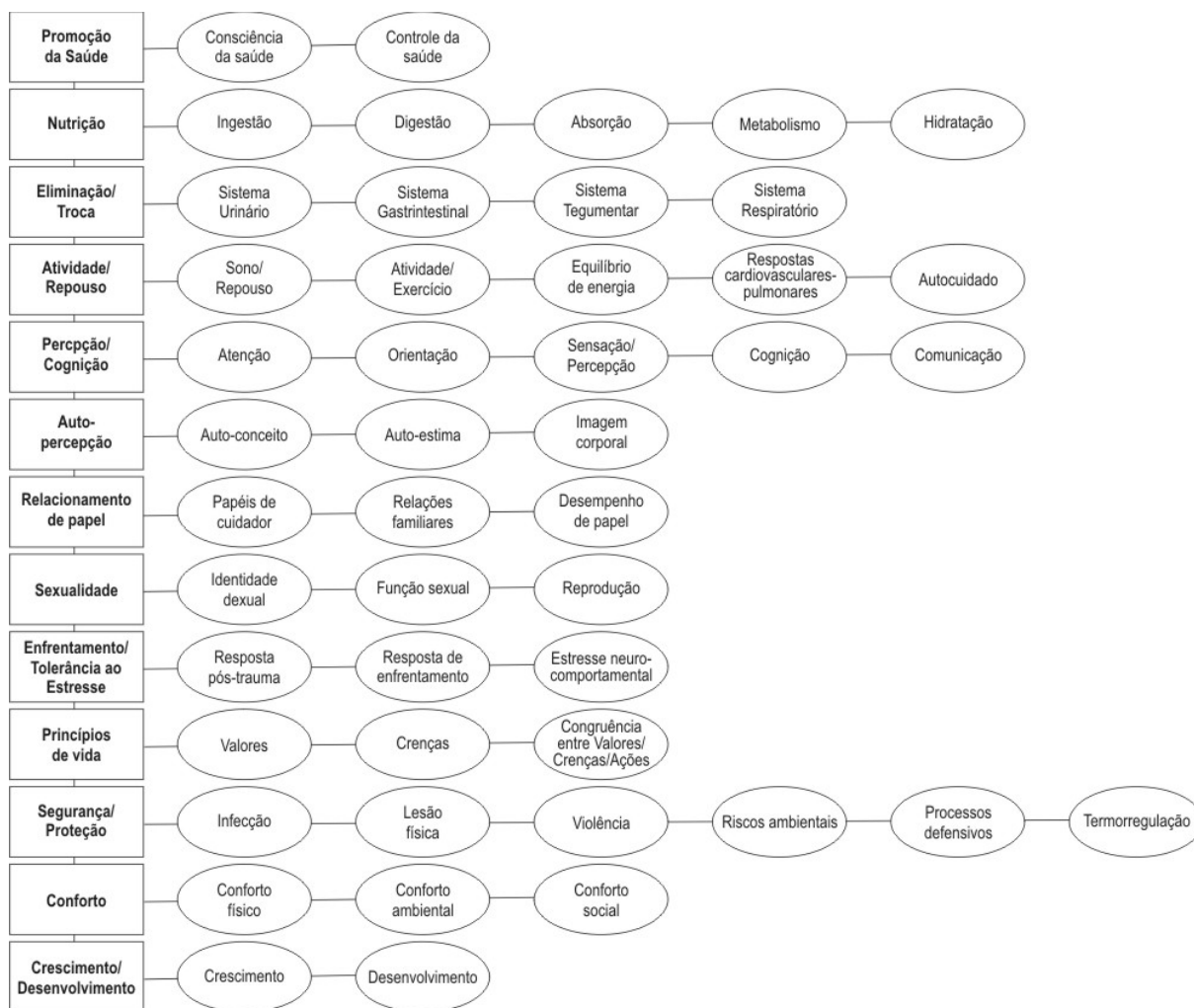


Figura 1 - Representação dos domínios e classes da Taxonomia II.

Fonte: NANDA, 2006, p. 250-251

A Taxonomia da NANDA é reconhecida como uma fonte consolidada de terminologia para os DE, estando disponível em várias línguas. Possibilita a incorporação de novos diagnósticos de forma flexível, sendo por isso denominada de multiaxial. Considera sete eixos que são: conceito diagnóstico, tempo (agudo, crônico, intermitente, contínuo), sujeito do diagnóstico (individual, familiar, grupal,

comunitário), idade (de feto a adulto idoso), estado de saúde (bem-estar, de risco, real), descritor (limita ou específica o significado do conceito diagnóstico), topologia (partes/regiões do corpo e funções relacionadas) (NANDA, 2006).

2.2 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E SUAS REPERCUSSÕES NAS RESPOSTAS HUMANAS

Segundo Santos (2001) o envelhecimento deve ser contextualizado como um conjunto de processos físicos, psicológicos e sociais, já que, junto com as alterações fisiológicas, as pessoas apresentam mudanças de comportamento, de papéis, de valores, de status, de crenças, de acordo com as diferentes fases e grupos etários a que pertencem e em função de suas adaptações nos grupos sociais.

Do ponto de vista biológico o envelhecimento é um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível, que se instala em cada indivíduo desde o nascimento e o acompanha por todo o tempo de vida possível, finalizando com sua morte. Fica-se velho a cada dia, continuamente, até o final da vida (SANTOS, 2001). Contudo para estabelecer limites cronológicos para estudos e planejamentos administrativos é considerada idosa no Brasil a pessoa que possui idade acima de 60 anos (BRASIL, 2003).

O envelhecimento é singular para cada indivíduo, sendo comum conhecer idosos que mantêm todas ou quase todas as características psicológicas de forma ativa. Essas pessoas vivem intensa e positivamente em relação a si, reconhecendo e aceitando diversos aspectos sobre si, como características boas ou más. E o mais importante, com metas e objetivos, fazendo com que, em sua vida, o passado e o presente tenham sentido e um propósito significativo.

Com o intuito de fundamentar a construção dos DE em idosos, apresentar-se-ão a seguir, o processo de envelhecimento, na perspectiva dos treze domínios da Taxonomia II da NANDA (2006).

Domínio 1 - Promoção da Saúde

O domínio Promoção da Saúde se refere à consciência de bem-estar ou de normalidade de função e às estratégias utilizadas para manter sob controle ou aumentar esse bem-estar ou normalidade da função (NANDA, 2006). O Quadro 1 ilustra as classes e os DE deste domínio.

Quadro 1 - Distribuição das classes e diagnósticos de enfermagem do Domínio Promoção da Saúde (NANDA, 2006).

Classes	Diagnóstico de Enfermagem
Consciência da Saúde	(nenhum)
Controle da Saúde	Controle eficaz do regime terapêutico
	Controle ineficaz do regime terapêutico
	Controle familiar ineficaz do regime terapêutico
	Controle comunitário ineficaz do regime terapêutico
	Comportamentos de busca pela saúde
	Manutenção ineficaz da saúde
	Manutenção do lar prejudicada
	Disposição para o controle aumentado do regime terapêutico
	Disposição para nutrição melhorada

A classe Consciência da Saúde refere-se ao conhecimento da função normal e do bem-estar (NANDA, 2006). Essa classe ainda não possui diagnóstico de enfermagem desenvolvido.

Durante o processo de envelhecimento, as enfermidades são crônicas e apresentam-se de modo simultâneo e múltiplo. O seu caráter insidioso e, muitas vezes, subclínico, dificulta o diagnóstico. Por tais razões, o acompanhamento do idoso requer da equipe de enfermagem o autoconhecimento das enfermidades, dos DE, complicações e indicações terapêuticas (GARCIA et al., 2006).

A classe Controle da Saúde define-se por identificar, controlar, realizar e integrar atividades para manter a saúde e o bem-estar (NANDA, 2006).

Com o envelhecimento, o corpo do indivíduo torna-se mais vulnerável à medida que a idade avança. Assim, ocorrem mudanças fisiológicas ou patológicas, ou seja, várias alterações nos órgãos dos sentidos como na pele e anexos: olhos, ouvidos, boca, nariz, e nos sistemas do organismo, tais como cardiovascular, músculo-esquelético, respiratório, geniturinário, gastrintestinal, tegumentar e nervoso (FUNDER, 1983).

Alguns idosos podem apresentar dificuldades visuais, locomotoras, de memória, morar sozinho ou não contar com o apoio de familiares e da comunidade e isso pode dificultar o manuseio de medicações, acesso à unidade de saúde, cumprimento das atividades solicitadas pela equipe de saúde, e impossibilitar o desempenho das atividades domésticas. Essas complicações podem contribuir para a identificação dos DE de controle ineficaz do regime terapêutico, controle familiar ineficaz do regime terapêutico, controle comunitário ineficaz do regime terapêutico, manutenção do lar prejudicada e manutenção ineficaz da saúde nestes idosos.

Araújo et al. (2006) concluíram em seu estudo, a necessidade de se discutir o envelhecimento populacional que tem se caracterizado como um aumento do número de idosos em precárias condições socioeconômicas, com maior prevalência de doenças crônico-degenerativas e risco aumentado de dependência.

Isso ocorre uma vez que os idosos estão basicamente habituados a procurarem o sistema de saúde apenas quando estão passando mal, sendo reflexo do modelo hospitalocêntrico de saúde que esteve vigente até aproximadamente a década de 90, voltado apenas para a cura da doença (BRASIL, 2006b).

A ESF, criada em 1994, incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família. Funcionando adequadamente, as unidades básicas do programa são capazes de resolver muitos dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (BRASIL, 2005).

O objetivo principal é a reorganização do modelo assistencial, com base no fortalecimento da atenção à saúde, da ênfase na integralidade da assistência, do tratamento do indivíduo como ser integral, ligado à família, ao domicílio e à comunidade, do fortalecimento da rede básica de atenção, da vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade e da perspectiva de promover uma ação intersetorial (BRASIL, 2005). Sendo assim, a ESF tem como prioridade ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, perpassando um novo conceito que abarque vários outros fatores como condições de vida, moradia, emprego, água tratada, saneamento, acesso ao serviço de saúde e fator sócio-econômico. A partir dessa nova concepção, entende-se que é possível reduzir o processo doença-cura, se as condições de vida da população melhorarem (BRASIL, 2005).

Nessa ótica, teríamos como núcleo central a saúde como um dos elementos da cidadania, como um direito da promoção da vida das pessoas e não apenas numa perspectiva de curar/evitar doença, mas de ter uma vida saudável, com direito a benefícios que fazem parte da vida urbana e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida (PERES, 2002).

Diante disso, torna-se necessário um suporte social adequado e a promoção de saúde, tanto no nível macro – políticas públicas –, quanto no núcleo familiar. As

ações devem ser estruturados e viabilizadas de modo a suprir as necessidades dos idosos e melhorar a sua qualidade de vida (ARAÚJO et al., 2006).

Existem idosos que contam com a ajuda freqüente de seus familiares, por morar próximo a eles ou em domicílios multigeracionais, com a ajuda de vizinhos, membros da igreja ou associações em que o idoso está inserido. Essas pessoas auxiliam no cuidado ao idoso, contribuindo nas atividades requeridas por esse, o que facilita a adesão ao regime terapêutico. Alguns idosos possuem mais facilidade em seguir o regime terapêutico, uma vez que se preocupam mais em seguir as ações de promoção e reabilitação da saúde. Nesse contexto, podemos encontrar entre os idosos os DE controle eficaz do regime terapêutico, comportamentos de busca de saúde, disposição para o controle aumentado do regime terapêutico, disposição para nutrição melhorada.

Veras e Caldas (2004) afirmam que as pessoas idosas desejam e podem permanecer ativas e independentes por tanto tempo quanto for possível, se o devido apoio lhes for proporcionado, seja por familiares ou membros da sociedade. Os idosos estão potencialmente sob risco de adoecer, não apenas porque envelheceram, mas em virtude do processo de envelhecimento torná-los mais vulneráveis à incapacidade, em grande medida, decorrente de condições adversas do meio físico, social, ou de questões afetivas.

Garcia et al. (2006) afirmam que a atenção em grupos pode contribuir para a promoção, proteção e controle dessas situações. Os grupos facilitam o exercício da autodeterminação e da independência, pois podem funcionar como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de autonomia e sentido para a vida, na auto-estima e, até mesmo, na melhora do senso de humor. No convívio entre pessoas,

criam-se vínculos que possibilitarão o surgimento de organizações ou, no mínimo, o seu incentivo, promovendo a inclusão social.

No ano de 2006, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Promoção da Saúde que é

uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2006c, p. 9).

No SUS essa política é retomada com o intuito de elaborar mudanças no processo saúde-adoecimento em nosso país por meio dos fatores como a violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água e potencialização de formas mais amplas para intervir em saúde (BRASIL, 2006c).

A promoção da saúde é um tema em evidência na atualidade e que traz desafios para a ampliação das práticas no sentido de ressaltar os componentes socioeconômicos e culturais da saúde e a necessidade de políticas públicas e da participação social no processo de sua conquista. Do ponto de vista gerontológico, o tema converge com a promoção do envelhecimento ativo, caracterizado pela experiência positiva de longevidade, com preservação de capacidades e do potencial de desenvolvimento do indivíduo (ASSIS; HARTZ; VALLA, 2004).

A incorporação da visão de promoção da saúde nos programas para idosos supõe uma abordagem crítica da prevenção e da educação em saúde. A educação em saúde fortalecerá os sujeitos e sua auto-estima, rompendo com o modelo

biologicista de fragmentação das práticas para um modelo que problematiza os limites individuais e coletivos para o cuidado em saúde.

A educação em saúde pode ser realizada em ambientes multigeracionais, como a família, já que a maioria dos idosos vive em comunidade; em grupos freqüentados pelos idosos, como igrejas, associações e na Universidade Aberta para a Terceira Idade; em escolas, com crianças e adolescentes, de modo que esses compartilhem o conhecimento com os avós. Desse modo, a Promoção de Saúde tem o objetivo de valorizar os idosos, estimulando, também, uma maior autonomia quanto à sua saúde (ARAÚJO et al., 2006).

Os grupos representam tanto um espaço de educação em saúde como uma fonte de estímulo à organização local, pois facilitam o exercício da cidadania, por meio de projetos comunitários. Agregam pessoas com dificuldades semelhantes, possibilitam o convívio e facilitam o vínculo entre os profissionais de saúde e usuários, podendo interferir positivamente na adesão ao tratamento e medidas de prevenção (GARCIA et al., 2006).

A Política Nacional de Promoção da Saúde enfatiza que o modo como sujeito e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencem à ordem coletiva, mas seu processo de construção dá-se no contexto da própria vida (BRASIL, 2006c).

A responsabilização de cada indivíduo pela sua saúde deve ser feita no intuito de estimular a prática, desde cedo, de ações que visam promover a saúde no sentido de reduzir a vulnerabilidade a doenças, postergar o máximo possível a morte, retardando a evolução das doenças, incapacidades, sofrimento crônico e morte antecipada. É de interesse da sociedade a forma como cada indivíduo lida

com a sua saúde, uma vez que opções de vida que comprometem a saúde como indivíduos tabagistas, alcoólicos, sedentários, que se alimentam incorretamente, ignoram os avanços do conhecimento, fazem com que esses indivíduos assumam a possibilidade de viver menos e que de forma consciente estão optando em reduzir anos de sua vida. Porém, essa decisão prejudica a sociedade, pois sua opção implicará na ampliação de custos (esses indivíduos usarão mais o SUS, consultarão mais com profissionais de saúde, utilizarão mais medicamentos, e por isto terão mais risco de se hospitalizar) e essa conta será socializada por todos os cidadãos.

No ano de 2006, foi aprovado o Pacto pela Saúde que é a consolidação do SUS com seus três componentes: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O Pacto pela Vida representa um conjunto de compromissos sanitários que é resultado da análise de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. As prioridades elaboradas foram seis, tendo sido selecionados como destaque para este trabalho a Saúde do Idoso, Promoção da Saúde e o fortalecimento da Atenção Básica. Dentro da Saúde do Idoso destaca-se como prioritária a implantação da política nacional de saúde da pessoa idosa, buscando a atenção integral. A Promoção da Saúde deverá enfatizar a elaboração e implantação da Política Nacional de Promoção com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo. A Atenção Básica deve consolidar e qualificar a Estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2006d).

Nesse sentido, estratégias e modelos assistenciais devem e podem ser propostos no sentido de colaborar com o Pacto e sistematizar a assistência nas unidades de saúde.

Domínio 2: Nutrição

O domínio da Nutrição trata das “atividades de ingerir, assimilar e utilizar nutrientes para fins de manutenção dos tecidos, reparação de tecidos e produção de energia” (NANDA, 2006, p. 262). O Quadro 2 ilustra as classes e os DE deste domínio.

Quadro 2 - Distribuição das classes e diagnósticos de enfermagem do Domínio Nutrição (NANDA, 2006).

Classes	Diagnósticos de Enfermagem
Ingestão	Deglutição prejudicada
	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
Digestão	(nenhum)
Absorção	(nenhum)
Metabolismo	(nenhum)
Hidratação	Volume de líquidos deficiente
	Risco de volume de líquidos deficiente
	Volume excessivo de líquidos
	Risco de desequilíbrio do volume de líquidos
	Disposição para equilíbrio de líquidos aumentado

A classe Ingestão refere-se à introdução de alimentos ou nutrientes no organismo (NANDA, 2006).

No envelhecimento, ocorrem perdas sensoriais com diminuição da sensibilidade dos órgãos do sentido e da função motora. Conseqüentemente, há redução das secreções salivares, gástricas e pancreáticas, ricas em enzimas. Devido à diminuição da sensibilidade dos sentidos, há risco de ingestão aumentada de determinadas substâncias nocivas à saúde, como excesso de sal, açúcares, gordura e, até mesmo, substâncias químicas normalmente detectadas pelos

sentidos. Há redução do metabolismo, o que implica menor digestão de alimentos e essas alterações podem levar à redução do apetite, do reconhecimento do alimento e da habilidade em se alimentar, podendo comprometer a nutrição do organismo (BRUNETTI; MONTENEGRO; MANETTA, 2002; PAPALÉO NETTO, 1996).

Quanto à alimentação, Salgado (2002) acrescenta que dentre as principais causas que levam o idoso à perda de peso e à desnutrição estão as alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, enfermidades crônicas e fatores relacionados à situação social do idoso. Esta característica do processo de envelhecimento deve ser considerada ao avaliar o idoso, uma vez que sugere o diagnóstico de enfermagem nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais.

A perda dentária é muito comum nos idosos, o que pode interferir na mastigação do alimento. A utilização de próteses dentárias reduz a sensação do paladar e não restaura completamente a capacidade de mastigar. Os gerontes não mastigam tão eficazmente quanto os mais jovens e tendem a deglutir alimentos pouco fracionados. Além disso, há diminuição da motilidade dos músculos da faringe, disfunção da epiglote e do fechamento da laringe, atestando, assim, a perda da força peristáltica e relaxamento incompleto do esfíncter inferior do esôfago. Esses fenômenos podem resultar no diagnóstico de enfermagem deglutição prejudicada (TANURE et al., 2005; MENDES; MARINHO, 2004; ABBASI, 2002).

Mendes e Marinho (2004) afirmam que a deglutição prejudicada também pode ser conseqüência de doenças co-existentes que interferem na função neuromuscular como diabetes, disfunção tireoidiana, acidente vascular encefálico e esclerose sistêmica progressiva.

Brunetti, Montenegro e Manetta (2002) reforçam que a diminuição de secreção salivar torna a mastigação e a deglutição do alimento mais difícil. Em contrapartida, existe a tendência de preferir alimentos mais moles, em geral, mais calóricos em relação ao valor nutritivo das frutas e verduras que apresentam uma aceitação menor. Esses alimentos mais moles têm uma quantidade menor de vitamina A, vitamina C, ácido fólico e fibras. Essa mudança do padrão alimentar pode levar à ingestão nutricional deficiente e à constipação, sugerindo o diagnóstico de enfermagem nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais e risco de nutrição desequilibrada: mais que as necessidades.

Outro ponto importante diz respeito às condições econômicas do idoso, uma vez que o acesso a alguns alimentos exige um padrão de vida melhor, o que faz com que os idosos que possuem condições de vida precária consumam alimentos mais ricos em carboidratos por serem de preço mais acessível.

A classe Digestão refere-se às atividades físicas e químicas que convertem gêneros alimentícios em substâncias adequadas para absorção e assimilação (NANDA, 2006). Nessa classe ainda não foi catalogado diagnóstico de enfermagem na Taxonomia II da NANDA (2006).

A classe Absorção conceitua-se como o ato de absorver os nutrientes pelos tecidos do organismo, não dispõe de diagnóstico de enfermagem desenvolvidos (NANDA, 2006).

Quanto à absorção e assimilação dos alimentos, algumas alterações acontecem com o envelhecimento como na fisiologia hepática que, com o avançar da idade, sofre graus variáveis de decréscimo funcional; com isso 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, poderá ocorrer diminuição da absorção de gordura, enquanto que no metabolismo das drogas os efeitos e duração destas serão maiores (BERGER; POIRIER, 1995).

Com o envelhecimento surgem modificações na secreção de ácido clorídrico do estômago. A hipocloridria é muito freqüente depois dos 60 anos devido à atrofia da mucosa intestinal (após os 70 anos ocorre diminuição das secreções de ácido clorídrico em 60%), dificultando a digestão de proteínas e absorção dos minerais, o que favorece a proliferação bacteriana e o aparecimento de distúrbios digestivos, sendo a causa de anemia por interferência na absorção da vitamina B12 (BERGER; POIRIER, 1995).

A classe Metabolismo conceitua-se como os 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. Essa classe também não dispõe de diagnóstico de enfermagem (NANDA, 2006).

O metabolismo basal representa a quantidade de energia necessária para a manutenção de vida, é influenciado pela idade, diminuindo progressivamente com o envelhecimento. Essa diminuição está ligada a fatores hormonais (tireoideanos, gonadotróficos e corticoesteróides) e à diminuição da atividade física (BERGER; POIRIER, 1995).

No idoso, o nível de atividade e de exercícios reduzido interfere na ingestão de alimentos produtores de energia. No entanto, com a prática do exercício físico, há aumento do metabolismo e lipoproteínas de alta densidade (HDL) (que são responsáveis pelo transporte de gorduras não-utilizadas ao fígado), sendo benéficos

para a limpeza das artérias, aumento da força muscular e melhora da osteoporose. Com isso, os exercícios físicos aumentam a absorção de nutrientes retardando assim as alterações alimentares na velhice (REICHEL, 2001; DUARTE, 2004; VIEIRA, 2004).

A classe Hidratação refere-se à ingestão e absorção de fluidos e eletrólitos (NANDA, 2006).

No envelhecimento há uma diminuição progressiva da água corporal total à custa da água intracelular. Os mecanismos de manutenção do equilíbrio hídrico estão deficitários e mais sensíveis a alterações, ou seja, à capacidade renal para excretar água e a resposta à sede está diminuída. Ainda, a água corporal total é reduzida com a idade, de 80% ao nascer para aproximadamente 60 a 70% na idade avançada, e está relacionada ao declínio da água intracelular juntamente com a perda de massa magra relacionada à idade. Deve-se destacar que a ingestão diária de líquidos deve ser de 1,5 a 2 l/dia (PINHEIRO; BURLA, 2004; BEATTIE; LOUIE, 2001).

Abbasi (2002) e Salgado (2002) reforçam que a água, um nutriente muito importante nos idosos, é muitas vezes esquecida, favorecendo o risco para desidratação devido ao declínio da sensação de sede e da excessiva perda de fluidos. Isso pode desencadear problemas como uma elevação da temperatura corporal, constipação, náuseas e vômitos, secura das mucosas, diminuição de excreção da urina e confusão mental, que podem sugerir desta forma DE de volume de líquidos deficiente, risco de volume de líquidos deficiente e risco do desequilíbrio do volume de líquidos.

Domínio 3 - Eliminação e Troca

Conforme a NANDA (2006) esse domínio está relacionado com a secreção e excreção dos produtos residuais do metabolismo do organismo. O Quadro 3 ilustra as classes e os DE deste domínio.

Quadro 3 - Distribuição das classes e diagnósticos de enfermagem do Domínio Eliminação e Troca (NANDA, 2006).

Classes	Diagnósticos de Enfermagem
Função Urinária	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
	Disposição para eliminação urinária melhorada
	Função Gastrointestinal
Diarréia	
Constipação	
Risco de constipação	
Constipação percebida	
Função Tegumentar	(nenhum)
Função Respiratória	Troca de gases prejudicada

A classe Função Urinária refere-se ao processo de secreção, reabsorção e excreção de urina (NANDA, 2006).

Smeltzer e Bare (2006) relatam que no sistema geniturinário do idoso ocorre uma diminuição da massa renal, incluindo diminuição da taxa de filtração glomerular e da função tubular, com menos eficiência na reabsorção dos elétrons, alterando o equilíbrio ácido básico. Nas mulheres, pode ocorrer diminuição do tônus muscular do assoalho pélvico e nos homens pode ocorrer micção mais constante por causa da hiperplasia da próstata.

Carvalho Filho e Papaléo Netto (2000) acrescentam que existe diminuição no número de glomérulos do rim com aumento do tecido fibroso que os substituiu,

porém vale ressaltar que cada rim necessita apenas de 25% do seu tecido original para funcionar normalmente.

O idoso tem mais propensão à retenção urinária, na medida em que tem uma diminuição na força e no calibre do jato urinário, que pode ser causada por obstrução da via de saída ou por disfunção do detrusor (hipoatividade). É mais freqüente entre os homens e tem como causas principais a hipertrofia prostática e estenose uretral. Na mulher, o prolapso uterino, grandes cistoceles e a estenose uretral são as causas mais comuns de obstrução e enfraquecimento do jato urinário (MACIEL, 2004). Todas essas alterações no sistema urinário podem sugerir DE descritos nessa classe que 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.

Conceitua-se a classe função gastrointestinal como um processo de absorção e excreção dos produtos finais da digestão (NANDA, 2006).

Prado e Tavares (2004), ao descreverem as funções intestinais, acrescentam que as fezes normais apresentam consistência sólida ou semi-sólida, de coloração marrom acastanhado, pesando 100 a 200 gramas no intervalo de 24 a 72 horas, após a ingestão alimentar. Porém algumas pessoas eliminam fezes com características normais, em intervalos de até três dias, sem apresentar sintomas de constipação.

Prado e Tavares (2004) afirmam que as causas da constipação em idosos geralmente estão ligadas a dietas pobres em fibras, hábitos alimentares irregulares, falta de exercícios físicos, tensão nervosa, baixa ingestão de líquidos, uso prolongado de medicamento laxativo, uso continuado de suplemento à base de

ferro, cálcio e alumínio e repetidas faltas de resposta à vontade de evacuar. Estas alterações sugerem os DE constipação, risco de constipação e constipação percebida.

A diarréia também pode acontecer no idoso, uma vez que essa não poupa faixa etária, sexo, classe social ou país. É caracterizada pelo aumento no número de evacuações, diminuição da consistência das fezes e aumento do peso do material evacuado. Possui como causa principal os agentes bacterianos, sobretudo nos idosos que já apresentam algum grau de dependência, seja por quadros demenciais, seja por quadros psiquiátricos e os acamados por longos períodos, já que o decúbito dificulta a higiene pessoal (MARROCHI; GORZONI; PASSOS JUNIOR, 2002).

A incontinência fecal refere-se à passagem involuntária ou inapropriada de fezes. Possui como possíveis causas a lesão do pavimento pélvico ou dos esfíncteres, traumatismo obstétrico, lesão direta, diarréia/urgência para defecar, doença inflamatória dos intestinos, síndrome do cólon irritável, iatrogénia/pós-cirúrgico, pós-hemorróidectomia, esfínterectomia para fissura ou estiramento anal, patologia ano-retal, prolapso retal, fissura anal ou fístula reto-vaginal, fatores neurológicos como lesão da medula espinal, esclerose múltipla, espinha bífida, doença de Parkinson, idosos institucionalizados ou imóveis, banheiros mal cuidados, cuidados inadequados e idiopático (NORTON, 1996).

Esses fatores devem ser avaliados, uma vez que sugerem DE de diarréia e incontinência intestinal.

A classe Função Tegumentar refere-se a um processo de secreção e excreção através da pele (NANDA, 2006). Essa classe ainda não catalogou diagnóstico de enfermagem na Taxonomia II da NANDA (2006).

Com o envelhecimento, observam-se na pele e no tecido subcutâneo as perdas nos tecidos de suporte subcutâneo, a pele fica mais ressecada, há possibilidade de equimoses à menor pressão, modificações vasculares e cutâneas múltiplas (presença de pequenos vasos pelo corpo todo), atrofia e baixa eficácia das glândulas sebáceas e sudoríparas, perda de elasticidade da pele, aparecimento de rugas, acentuação das proeminências ósseas, queda de faces, queixo e pálpebras e alongamento dos lobos da orelha (SANTOS, 2001).

A classe Função Respiratória conceitua-se como um processo de troca de gases e remoção de produtos finais do metabolismo (NANDA, 2006). Apresenta um único diagnóstico de enfermagem: troca de gases prejudicada.

Cruz et al. (1994) descrevem que, quando respiramos, o ar passa por diversas estruturas condutoras antes de alcançar os alvéolos onde ocorrem as trocas gasosas. Essas estruturas condutoras são consideradas como espaço morto anatômico porque nenhuma troca gasosa ocorre nessas vias. O excesso de dióxido de carbono (CO_2) e de íons hidrogênio (H^+) no sangue afetam diretamente o centro respiratório que produz impulsos para aumentar a ventilação pulmonar, aumentando assim a eliminação do CO_2 e a redução de íons H^+ no sangue. Schauf, Moffett e Moffett (1993) afirmam que em pacientes portadores de doenças pulmonares crônicas podem elevar sua pressão ao CO_2 , em lesões do tronco cerebral ou na depressão do sistema nervoso central. Para compensar esse desgaste, a ventilação alveolar diminui e o pH arterial tende a cair, assim, haverá estimulação da respiração.

Francisco, Donalisio e Lattorre (2004) em estudo realizado com as AIH, no período de 1995 a 2002, descreveram que as hospitalizações por doenças respiratórias têm sido responsáveis, nos últimos anos, por cerca de 10% a 11% do

total de internações da população maior de 60 anos no Estado de São Paulo. Esse índice tem diminuído, graças à vacinação contra a Influenza.

Domínio 4 - Atividade/Repouso

O domínio atividade e repouso, ou seja, a produção, conservação, gasto ou balanço de recursos energéticos, compreende as classes de sono/repouso, atividade/exercício, equilíbrio de energia, respostas cardiovasculares/pulmonares, autocuidado (NANDA, 2006). O Quadro 4 ilustra as classes e os DE aprovados nesse domínio.

Quadro 4 - Distribuição das classes e diagnósticos de enfermagem do Domínio Atividade/Repouso.

Classes	Diagnósticos de Enfermagem
Sono/Repouso	Padrão de sono perturbado
	Privação do sono
	Disposição para sono melhorado
Atividade/Exercício	Risco de 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
	Estilo de vida sedentário
Equilíbrio de energia	Fadiga
Respostas Cardiovasculares/Pulmonares	Débito cardíaco diminuído
	Ventilação espontânea prejudicada
	Padrão respiratório ineficaz
	Intolerância a atividade
	Risco de intolerância à atividade
	Perfusão tissular ineficaz (especificar)
Autocuidado	Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se
	Déficit no autocuidado para higiene/banho
	Déficit no autocuidado para alimentação
	Déficit no autocuidado para higiene íntima

A classe Sono/Repouso refere-se ao sono, repouso, ócio, relaxamento ou inatividade (NANDA, 2006).

Rodrigues (2004b) afirma que, com o envelhecimento, a necessidade de sono diminui. Um idoso de 70 anos precisa em média de seis horas de sono, mas cochila

durante o dia uma a duas horas, apresenta demora em iniciar o sono, dificuldade em mantê-lo, maior número de mudanças de postura durante o sono e quando acorda à noite tem mais dificuldade em voltar a adormecer.

Ceolim (1996) enfatiza que a modificação decorrente do sono são um processo natural, tão previsível e normal quanto o próprio envelhecimento. O idoso não deve esperar o mesmo sono ininterrupto da juventude, pois a não-realização do mesmo pode gerar angústia e ansiedade para o idoso, contribuindo para diminuir ainda mais a qualidade do sono.

Geib et al. (2003) e Santos (2005) esclarecem que os fatores que contribuem para os problemas de sono na velhice podem ser: dor ou desconforto físico, fatores ambientais, desconfortos emocionais e alterações no padrão do sono. Tais alterações no padrão do sono referem-se às queixas com relação ao tempo gasto na cama sem dormir, dificuldades em iniciar o sono, menor duração do sono noturno e maior latência do sono, além de acordar, pela manhã, mais cedo do que o habitual. Sendo assim, o idoso demora mais a adormecer e, quando o faz, acorda muitas vezes durante a noite, percebe o sono como sendo mais leve, despertando muito precocemente, além de apresentar hábitos diurnos de sono (cochilo).

Esses fatores devem ser lembrados ao se fazer uma consulta de enfermagem no momento da admissão hospitalar, pensando na possibilidade de estarem presentes os DE padrão de sono perturbado, privação de sono e disposição para sono melhorado durante a hospitalização.

A classe Atividade/Exercício refere-se a mover partes do corpo (mobilidade), realizar trabalho ou desempenhar ações com frequência (mas não sempre) contra resistência (NANDA, 2006).

Algumas alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento tais como o enfraquecimento muscular e musculoesquelético, diminuição na coordenação motora e equilíbrio, perda de massa muscular e tônus muscular diminuído predispõem o idoso a alguns DE como o risco de síndrome do desuso, mobilidade física prejudicada, mobilidade no leito prejudicada, mobilidade com cadeira de rodas prejudicada, capacidade de transferência prejudicada, deambulação prejudicada e atividade de recreação deficiente (ARAÚJO; BACHION, 2005).

Bachion, Araújo e Santana (2002) descreveram que dentre as possíveis causas para a Mobilidade Física prejudicada em idosos destacam-se a redução da força física; redução tanto da força estática e dinâmica máxima quanto da potência e da velocidade máximas; diminuição da tolerância ao esforço físico; dores; perdas do domínio cognitivo; menor estimulação sobre o sistema cardiovascular; alterações nas funções neuromusculares; enfraquecimento muscular; lesões que afetam músculos, ossos e ligamentos como também doenças crônico-degenerativas.

Grande parte da população mantém um estilo de vida sedentário, mesmo conhecendo os benefícios do exercício físico (BRASIL, 2006a, WHO, 2005). Freitas et al. (2002) afirmam que o idoso pode e deve praticar todo tipo de atividade física, desde que essa prática seja direcionada e adaptada às necessidades do indivíduo, devendo ser ministrada por um profissional preparado.

É recomendável pelo menos 30 minutos de atividade física de intensidade moderada, na maior parte dos dias, de preferência todos, de forma contínua e acumulada (SILVA et al., 2006). Busby-Whitehead (2001, p. 109) afirma que o exercício pode ter um papel importante como “agente terapêutico para a prevenção e o tratamento de várias doenças tais como aterosclerose coronariana, hipertensão, diabetes mellitus não-insulino dependente, obesidade, osteoporose, câncer de colo

e provavelmente depressão”. Porém, alguns fatores podem interferir na resposta ao exercício físico. O uso de alguns medicamentos, a ingestão inadequada de alimentos e as influências ambientais (temperatura, umidade do ar, vento, poluição, obstáculos físicos) podem, em alguns indivíduos, levar ao mau funcionamento homeostático, que atinge uma série de mecanismos fisiológicos, impedindo a realização de exercícios (VIEIRA, 2004).

A classe Equilíbrio de Energia refere-se a um estado dinâmico de harmonia entre o influxo e o gasto de recursos energéticos (NANDA, 2006). Nesta classe destaca-se o diagnóstico de enfermagem fadiga que se caracteriza como uma experiência subjetiva e difusa que envolve aspectos físicos, psicológicos e cognitivos. Pode ser aguda, quando há descrição de extremo cansaço resultante de estresse físico ou mental e que melhora com o repouso; ou crônica, quando há relato de fadiga que não melhora com o repouso e ainda há perda da funcionalidade (MENEZES; CAMARGO, 2006).

As Respostas Cardiovasculares/pulmonares conceituam-se como mecanismos cardiopulmonares que dão suporte à Atividade/Repouso (NANDA, 2006).

Com o envelhecimento, a aorta se dilata e seu diâmetro interno aumenta. Os processos arterioscleróticos atingem também as artérias menores e as arteríolas que sofrem transformações idênticas às da aorta. O peso do coração aumenta com a idade e há um aumento da espessura da parede do ventrículo esquerdo. No nodo sinoatrial ocorre infiltração de gordura, aumento do conjuntivo e diminuição das células musculares (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2000; VIEIRA; GLASHAN, 1996).

Carvalho Filho e Papaléo Netto (2000) afirmam que em condições basais, a função cardíaca é suficiente para as necessidades orgânicas. No entanto, em

condições de sobrecarga como esforços excessivos, emoções, febre, anemia, infecções, hipertireodismo, a reduzida capacidade de reserva pode ser responsável pela descompensação.

Lembrando-se dessas alterações fisiológicas deve-se pesquisar o diagnóstico de enfermagem débito cardíaco diminuído, visto que as doenças cardiovasculares têm sido um preocupante problema de saúde pública e a principal causa de morte entre idosos em todo mundo principalmente nos grandes centros urbanos. (BARROS, GOMES, 2000).

Todas as estruturas relacionadas à respiração alteram-se no envelhecimento. Carvalho Filho e Papaléo Netto (2000) descrevem que, com o envelhecimento, as articulações sinoviais que ficam entre o esterno e as cartilagens costais desaparecem e os elementos ósseos e cartilagosos se fundem. No pulmão, a superfície total dos alvéolos mostra discreta diminuição com a idade. Papaléo Netto (1996) descreve que, dentre as modificações dos mecanismos reguladores da respiração, verifica-se diminuição da resposta ventilatória às variações das pressões parciais do oxigênio e de gás carbônico no sangue. Há diminuição da elasticidade, dilatação dos bronquíolos respiratórios, dos ductos e sacos alveolares. Em consequência dessas modificações, há insuficiência respiratória restritiva, obstrutiva e disfuncional. No entanto, essa deficiência torna-se evidente apenas em condição de esforço ou quando o idoso apresenta um processo patológico pulmonar, que vai somar-se às alterações determinadas pelo envelhecimento.

Conforme Smeltzer e Bare (2006), as alterações que ocorrem no sistema respiratório são associadas à idade e afetam diretamente a capacidade e as funções pulmonares. Por causa dessas alterações, os idosos são mais susceptíveis às

infecções pulmonares, como também podem ocorrer depósitos de tecido fibroso no pulmão, diminuindo as trocas gasosas.

A insuficiência respiratória restritiva e a obstrutiva tornam-se evidentes apenas em condições de esforço ou quando o idoso apresenta um processo patológico pulmonar, o que vai somar-se às alterações determinadas pelo envelhecimento. As doenças restritivas ocorrem pela diminuição da complacência pulmonar, incluem fibrose pulmonar e síndrome da angústia respiratória, com a qual há limitação das alterações do volume pulmonar e aumento do trabalho elástico da respiração. Já as doenças obstrutivas aumentam a resistência das vias aéreas e podem ser divididas em dois grupos: enfisema (perda de tecido pulmonar), asma (constricção bronquiolar e maior secreção de muco) e o edema pulmonar (alvéolos e vias aéreas ficam entupidos de líquido) (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2000; SCHAUF; MOFFETT; MOFFETT, 1993). Por isto, deve-se pesquisar a presença dos DE ventilação espontânea prejudicada e padrão respiratório ineficaz.

Ainda dentro desta temática, deve-se investigar a presença dos DE estilo de vida sedentário, intolerância à atividade e risco de intolerância à atividade. O primeiro se distingue dos demais por referir-se a um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física; por outro lado, os dois últimos referem-se à energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas (NANDA, 2006).

Certas patologias, incluindo as das artérias coronárias, vasculares periféricas, arritmias cardíacas, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), doenças pulmonares crônicas e pneumonias reduzem a oxigenação dos tecidos e, por conseguinte, a tolerância à atividade, sendo legítimo dizer que uma pessoa com intolerância à atividade tenha ou poderá vir a ter alterações na mobilidade e que uma pessoa com

problema de mobilidade poderá vir a ter intolerância (ARAÚJO; BACHION, 2005, p. 57).

O último diagnóstico dessa classe é a perfusão tissular ineficaz que se define como a "diminuição na oxigenação, resultando na incapacidade de nutrir os tecidos no nível capilar" (NANDA, 2006, p. 189). Esse diagnóstico é apresentado com várias especificações: renal, cerebral, cardiovascular, gastrointestinal e periférica, cada uma com suas características definidoras. Carpenito (2002) acrescenta que a idade aumentada provoca mudanças vasculares como o enrijecimento dos vasos sanguíneos, que causa resistência periférica aumentada, diminuindo a capacidade de aumento do fluxo de sangue ao órgão, como também o espessamento das veias, maior dilatação e menor elasticidade, tornando as válvulas das veias grandes das pernas menos eficientes. Com o passar dos anos, o indivíduo apresenta uma redução da massa muscular, aumentando a inatividade, o que reduz ainda mais a circulação periférica. Essas alterações fisiológicas podem contribuir para o aparecimento desse diagnóstico.

A classe Autocuidado refere-se à capacidade de participar de atividade para cuidar do seu próprio corpo e das funções corporais (NANDA, 2006).

A World Health Organization (WHO) divulgou o programa de Envelhecimento Ativo, em que a meta fundamental é manter a autonomia e independência durante todo o processo de envelhecimento (WHO, 2005). Define-se autonomia como a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências. A independência é a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros.

O processo de envelhecimento no Brasil vem acompanhado de restrições de oportunidades pela sociedade, o que pode acarretar no idoso a perda de autonomia, locomoção, consumo, segurança, participação e independência. A possível perda de autonomia pode levar o idoso ao isolamento, à desvalorização e à improdutividade. O contrário, entretanto, pode ser indicador de saúde (BORGES, 2002).

Domínio 5 - Percepção/Cognição

O domínio Percepção e Cognição refere-se ao sistema humano de processamento de informações, incluindo atenção, orientação, sensação, percepção, cognição e comunicação (NANDA, 2006). O Quadro 5 ilustra as classes e os DE desse domínio.

Quadro 5 - Distribuição das classes e diagnósticos de enfermagem do Domínio Percepção/Cognição (NANDA, 2006).

Classes	Diagnósticos de Enfermagem
Atenção	Negligência unilateral
Orientação	Síndrome da interpretação ambiental prejudicada
	Perambulação
Sensação/Precepção	Percepção sensorial perturbada (especificar)
Cognição	Conhecimento deficiente (especificar)
	Disposição para conhecimento aumentado (especificar)
	Confusão aguda
	Confusão crônica
	Memória prejudicada
	Processos do pensamento perturbados
Comunicação	Comunicação verbal prejudicada
	Disposição para comunicação aumentada

A classe Atenção refere-se à disposição mental para tomar conhecimento ou observar (NANDA, 2006).

Essa classe possui apenas o diagnóstico negligência unilateral que se classifica como falta de consciência e atenção em relação a um lado do corpo (NANDA, 2006) e isso pode estar relacionado a processos patológicos, além de traumas neurológicos.

Os acidentes vasculares cerebrais (AVC) podem causar esse diagnóstico. A gravidade dessa doença depende da região do cérebro e do volume de tecido cerebral atingido. Considerando que no hemisfério direito do cérebro localizam-se as funções da metade esquerda do corpo, ou seja, movimento e sensibilização dos membros inferiores (MMII) e superiores e do hemitronco esquerdo, um AVC nesse lado cerebral resulta em paralisia do lado esquerdo do corpo (hemiplegia) podendo ocorrer a perda da visão do mesmo lado da hemiplegia, além de déficit de memória, comportamento impulsivo e deficiências perceptuais (SANTOS, 2001).

A classe Orientação conceitua-se como consciência de tempo, lugar e pessoa (NANDA, 2006).

Com o envelhecimento, o cérebro apresenta-se atrófico, as circunvoluções são mais finas, os sulcos alargados e os ventrículos dilatados, podendo ocorrer perda neuronal, presença de placas senis e degeneração neurofibrilar em pequena quantidade. Esse processo pode ser acompanhado de um declínio de algumas habilidades intelectuais, embora apenas em alguns casos essa deterioração prossiga no sentido de evolução para demência (LEVY; MENDONÇA, 2000).

Gordilho (2002a) esclarece que um dos mais incômodos problemas comportamentais que, freqüentemente, acompanham a demência é a perambulação. Essa se caracteriza por um vagar, sem um destino ou propósito que expõe a pessoa a riscos e pode estar associado a agitação e agressão. Machado (2002) descreve que essa patologia pode levar a desordens amnésicas, retardo mental, desordens fictícias, estado confusional agudo, domínio cognitivo leve e comprometimento da memória, o que contribui para a presença desses diagnósticos.

A classe Sensação/Percepção caracteriza-se por receber informações pelos sentidos de tato, paladar, olfato, visão, audição e cinestesia; e a compreensão dos

dados provenientes desses sentidos resulta em nomear, associar e/ou reconhecer padrões (NANDA, 2006).

Entre as alterações fisiológicas que ocorrem no senescente, pode-se citar a diminuição da visão, devido a um acúmulo de antigas células centrais que se formam no cristalino, tornando-se amareladas e turvas; com isso a luz se dissemina fazendo com que o idoso fique sensível à ofuscação. A pessoa idosa demora mais tempo para se adaptar, quando entra e sai de lugares escuros ou iluminados, e a íris se torna mais rígida, dificultando a dilatação da pupila (SMELTZER; BARE, 2006).

A audição também é afetada, pois o idoso perde a capacidade de ouvir sons de alta frequência, também chamado de presbiacusia. Essa leva a um impedimento em relação a ouvir sons das consoantes (SILVA; FERNANDES, 2001). O paladar e olfato diminuem, principalmente o paladar doce, o que faz com que o idoso opte por alimentos mais salgados (SMELTZER; BARE, 2006). Essas alterações devem ser investigadas no idoso com o intuito de identificar o diagnóstico de enfermagem percepção sensorial perturbada.

A classe Cognição refere-se ao uso da memória, aprendizagem, pensamento, resolução de problemas, abstração, julgamento, discernimento, capacidade intelectual, cálculo e linguagem (NANDA, 2006).

O declínio das funções cognitivas só aparece por volta dos cinquenta ou sessenta anos, e mesmo quando tal sucede, as manifestações são mínimas. É muito difícil generalizar porque as mudanças variam com cada indivíduo. As disfunções cognitivas não são doenças, mas estados fisiológicos no continuum do envelhecimento (BERGER; POIRIER, 1995, p. 170).

O processo de envelhecimento é acompanhado de declínio em algumas habilidades intelectuais, e apenas em alguns casos essa deterioração prossegue no sentido de evolução para demência. Estudos realizados na Unidade de Idosos do Ambulatório de Saúde Mental da Santa Casa de São Paulo mostraram que queixas

de dificuldades com a memória são freqüentes entre os idosos atendidos nesse serviço, embora essas possuam baixa especificidade e valor preditivo para o diagnóstico de demência. Apesar disso, a confirmação por parte do paciente desse tipo de dificuldade não deve ser desconsiderada, já que mais de 3/4 dos portadores de demência relatam problemas com a memória. Além disso, pacientes com esse tipo de queixa tendem a apresentar mais ansiosos e depressivos, sugerindo que esses devem ser sempre investigados (e tratados) quando o paciente relata que sua memória está ruim (ALMEIDA, 1998).

Smeltzer e Bare (2006) afirmam que muitos idosos continuam aprendendo e participando de várias experiências educacionais, porém a capacidade de aprender e de lembrar eficazmente pode ser afetada de forma negativa durante o processo de envelhecimento.

A classe Comunicação conceitua-se por enviar e receber informações verbais e não-verbais (NANDA, 2006).

O envelhecimento está associado com deterioração da lembrança, enquanto o reconhecimento não está prejudicado; em relação à linguagem existem evidências de que as habilidades verbais não se deterioram com a idade (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2000). O idoso pode apresentar os DE comunicação verbal prejudicada ou disposição para comunicação aumentada.

Domínio 6 - Autopercepção

A Autopercepção é compreendida como a consciência quanto a si mesmo (NANDA, 2006). O Quadro 6 ilustra as classes e os DE desse domínio.

Quadro 6 - Distribuição das classes e diagnósticos de enfermagem do Domínio Autopercepção (NANDA, 2006).

Classes	Diagnósticos de Enfermagem
Autoconceito	Distúrbio da identidade pessoal
	Sentimento de impotência
	Risco de sentimento de impotência
	Desesperança
	Risco de solidão
	Disposição para autoconceito melhorado
Auto-estima	Baixa auto-estima crônica
	Baixa auto-estima situacional
	Risco de baixa auto-estima situacional
Imagem Corporal	Distúrbio na imagem corporal

A classe Autoconceito refere-se à(s) percepção(ões) quanto ao eu total (NANDA, 2006).

Segundo Burns (1986), o auto-conceito é composto por imagens acerca do que nós próprios pensamos que somos, o que pensamos, o que conseguimos realizar e o que pensamos sobre o que os outros pensam de nós, e também, de como gostaríamos de ser. Para esse autor, o autoconceito consiste em todas as maneiras de como uma pessoa pensa que é nos seus julgamentos, nas avaliações e tendências de comportamento. Isso leva a que o autoconceito seja analisado como um conjunto de várias atitudes do eu e únicas de cada pessoa.

Novaes (1985) esclarece que o termo auto-estima, tanto quanto auto-imagem, aparecem sempre interligados ao termo autoconceito. Essa interligação terminológica que pode levar à confusão poderia ser minimizada se fossem utilizadas de modo correto as expressões: consciência do eu (autoconceito), representação do eu (auto-imagem) e percepção afetiva de si (auto-estima).

A manutenção de uma atitude positiva em relação ao processo de recuperação, não importando quão lento, frustrante e doloroso possa ser, é fundamental para o seu sucesso. A motivação é um dos fatores mais importantes no processo de reabilitação e que tem como consequência a persistência, a

determinação em superar as dificuldades e a assertividade no alcance das metas (PERRACINI; NAJAS; BILTON, 2002). Essa conduta pessoal está relacionada à presença dos diagnósticos distúrbio da identidade pessoal, sentimento de impotência, risco de sentimento de impotência, desesperança e disposição para autoconceito melhorado.

A classe Auto-estima conceitua-se como uma avaliação quanto ao próprio valor, capacidade, importância e sucesso (NANDA, 2006).

A auto-estima é a avaliação da pessoa sobre seu próprio valor, dependendo da percepção de si mesma (FREIRE, 2002).

Para Erbolato (2000), a auto-estima implica uma visão geral de como somos e de como achamos que os outros nos vêem. Entrando nesse processo, aspectos emocionais e intelectuais, a auto-estima, por si só, já supõe uma avaliação positiva. Mas, às vezes, as circunstâncias da vida resultam num autojulgamento ruim. Assim, diz-se que auto-estima pode ser positiva ou elevada (a avaliação é boa) ou negativa ou baixa (nosso autojulgamento é ruim).

Alguns idosos encaram as limitações como muito restritivas e assim direcionam sua energia apenas para o que é negativo, chegando a ter desejos recorrentes de morte e abandono (PERRACINI; NAJAS; BILTON, 2002).

A classe Imagem Corporal denomina-se como uma imagem mental que se tem do próprio corpo (NANDA, 2006).

A auto-imagem é o cenário que a pessoa faz de si mesma. O cerne da auto-imagem está no conhecimento individual de si mesmo, na consciência da própria potencialidade, percepção dos sentimentos, atitudes e idéias referentes à dinâmica pessoal (MOSQUERA, 1976).

A forma como o idoso encara o seu processo de saúde está relacionada com o conceito que ele faz de si. Se for uma imagem positiva de si, refletirá de uma forma melhor ao encarar o processo de envelhecimento e a existência de alguma patologia; por outro lado, uma visão negativa de si interfere dificultando a aceitação dos obstáculos. Isso deve ser considerado ao avaliar o idoso, uma vez que a forma de abordagem do profissional de saúde difere nestes casos. A avaliação deve considerar o diagnóstico distúrbio na imagem corporal.

Domínio 7 - Relacionamento de Papel

NANDA (2006) mostra que esse domínio refere-se às conexões ou associações positivas e negativas entre pessoas ou grupo de pessoas e os meios pelos quais essas conexões são demonstradas. O Quadro 7 ilustra as classes e os DE deste domínio.

Quadro 7 - Distribuição das classes e diagnósticos de enfermagem do Domínio Relacionamentos de Papel (NANDA, 2006).

Classes	Diagnósticos de Enfermagem
Papéis do Cuidador	Tensão do papel de cuidador
	Risco de tensão do papel de cuidador
	Paternidade ou maternidade prejudicada
	Risco de paternidade ou maternidade prejudicada
	Disposição para paternidade/maternidade melhorada
Relações Familiares	Processos Familiares interrompidos
	Disposição para processos familiares melhorados
	Processos familiares disfuncionais: alcoolismo
	Risco de vínculo pais/filhos prejudicado
Desempenho de Papel	Desempenho de papel ineficaz
	Conflito no desempenho do papel pai/mãe
	Interação social prejudicada

A classe Papéis do Cuidador refere-se a padrões de comportamento socialmente esperados de pessoas que estão provendo cuidados e que não são profissionais de saúde (NANDA, 2006).

Optou-se por manter os diagnósticos paternidade ou maternidade prejudicada, risco de paternidade ou maternidade prejudicada, disposição para paternidade/maternidade melhorada, já que a maioria dos idosos brasileiros vivem em domicílios multigeracionais, sendo responsáveis por filhos e netos (CALDAS, 2003).

Antes de descrever sobre o cuidador, é importante classificar o termo família sendo que a definição mais indicada seria: a família é quem seus membros dizem que são (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Assim, conforme Fialho e Soares (2001) o cuidador, seja ele um familiar, uma pessoa contratada, leiga ou detentora do conhecimento científico, requer preparo, orientação, apoio emocional e esclarecimento sobre obrigações e direitos.

O cuidador é de fundamental importância na concretização de uma assistência domiciliária, pois representa o elo entre o idoso, a sua família e a equipe interprofissional (DIOGO; DUARTE, 2002, POTTER; PERRY, 1999).

É importante observar que existe sempre um cuidador principal e um secundário. Segundo Diogo e Duarte (2002), geralmente a função do cuidador é assumida por uma única pessoa, denominada cuidador principal, seja por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade.

Diogo e Duarte (2002) enfatizam que os cuidadores precisam de um momento para eles mesmos, para suas atividades, para o prazer. Pois esses cuidadores possuem sua vida sufocada por uma rotina diária do cuidar e, por mais que exista sentimento de carinho na atividade, estar todos os dias dedicando-se a uma pessoa é um ato de renúncia de uma vida por outra, com desgaste físico-emocional muito grande.

Diante dessa sobrecarga a que está exposto o cuidador, precisa-se investigar os DE tensão do papel de cuidador e risco de tensão do papel de cuidador.

Rodrigues e Bretas (2002) relatam que no Brasil é de consenso que a família deve cuidar do idoso, porém existe pouco suporte para auxiliar esta família e uma das formas de amenizar esta situação é o sistema informal (família) trabalhar cooperativamente com o sistema formal (profissional ou comunitário); dessa forma promoverá cuidados físicos ou sociais nessa fase da vida.

As tarefas de cuidar possuem o lado positivo, tais como satisfação, melhora no senso de realização, aumento do sentimento de orgulho e habilidade para enfrentar novos desafios, melhora no relacionamento com o idoso, retribuição, entre outros. Mas sem sombra de dúvida, a sobrecarga e o estresse emocional, levam a um desgaste físico e a problemas de saúde. Ficam claras as limitações para atividades de trabalho e lazer, além de conflitos familiares, incertezas e insegurança quanto ao trabalho realizado para o bem-estar do paciente (DIOGO; DUARTE, 2002).

A classe Relações Familiares conceitua-se como associações de pessoas que são biologicamente relacionadas ou relacionadas por escolhas (NANDA, 2006).

Schenker (2005) chama atenção para a forma como as famílias estão se organizando, uma vez que os papéis têm se apresentado de forma confusa. Os pais (segunda geração) têm apresentado condutas desqualificadas nas funções paternas e maternas, se comparados com a atitude dos avós (primeira geração). Esses pais continuam sendo mais filhos do que pais, seja porque precisam da aprovação constante da primeira geração, seja porque quem acaba criando os netos são os avós. As justificativas são várias, dentre as quais, o fato de muitos pais portarem sintomas graves de depressão ou alcoolismo.

As famílias primam por vínculos dependentes, principalmente sob a forma emocional, sendo constituídas as relações de: (a) mimos e paparicos; (b) suprimimento em demasia dos desejos de filhos e netos; (c) críticas e humilhações incorporadas à auto-estima dos sujeitos. Essas três formas favorecem o descumprimento das responsabilidades condizentes com o lugar na organização da hierarquia familiar de cada um dos participantes (SCHENKER, 2005).

Ao se abordar o idoso, deve-se considerar que ele não está só e sim inserido dentro de uma família que possui seus hábitos, valores e rotina, o que ocasiona as diversidades de comportamentos existentes nas famílias e a forma como cada membro lida com as mudanças e obstáculos.

A classe Desempenho de Papel refere-se à qualidade de estar funcionando em padrões de comportamento socialmente esperados (NANDA, 2006).

As famílias estão em constante processo de transformação e mudança e para que o sistema familiar funcione, todos os membros familiares acabam desempenhando tarefas e assumindo papéis. Dentre as tantas funções e papéis possíveis de serem desenvolvidos pelos diversos membros familiares, duas estão sempre presentes: o prover e o cuidar. 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 (BRASIL, 2006a).

A função das equipes de saúde da família é auxiliar os membros familiares a renegociarem seus papéis e funções de maneira a constituírem um sistema familiar mais harmônico e funcional, reforçando, desta forma, a importância de investigar os diagnósticos desempenho de papel ineficaz e conflito no desempenho do papel pai/mãe (BRASIL, 2006a).

Já o diagnóstico interação social prejudicada refere-se à quantidade insuficiente ou excessiva ou qualidade ineficaz de troca social (NANDA, 2006). Para Silva e Günther (2000), os idosos que possuem uma escolaridade maior recebem mais pedidos de ajuda, principalmente de familiares, vizinhos e amigos, e são, também, mais ajudados. Em relação ao sistema social, os idosos não se isolam, mas continuam a manter uma rede de amigos, alguns mais restritos à família que outros.

Domínio 8 - Sexualidade

Esse domínio refere-se à identidade sexual, função sexual e reprodução (NANDA, 2006). O Quadro 8 ilustra as classes e os DE deste domínio.

Quadro 8 - Distribuição das classes e diagnósticos de enfermagem do Domínio Sexualidade (NANDA, 2006).

Classes	Diagnósticos de Enfermagem
Identidade Sexual	(nenhum)
Função Sexual	Disfunção sexual
	Padrões de sexualidade ineficazes
Reprodução	(nenhum)

A classe Identidade Sexual denomina-se como o estado de ser uma pessoa específica em relação à sexualidade e/ou gênero (NANDA, 2006). Essa classe ainda não apresenta DE.

A classe Função Sexual refere-se à capacidade ou habilidade para participar de atividades sexuais (NANDA, 2006).

Carvalho Filho e Papaléo Netto (2000) descrevem que os órgãos reprodutores diminuem em peso e se atrofiam. A vagina, por exemplo, diminui de comprimento e de largura, fica menos lubrificada e atrofica. Os ligamentos que mantêm o útero, bexiga e reto em posição podem tornar-se fracos na mulher idosa, permitindo queda

desses órgãos. As glândulas mamárias são substituídas por tecido fibroso, enquanto ocorre a perda de tecido gorduroso.

Kaiser (2002) comenta que em relação às alterações sexuais é muito difícil abordá-las sem se referir às questões psicossociais. Porém, pode-se dizer que as mudanças no corpo do homem e da mulher podem comprometer a função sexual, mas não necessariamente impedi-la. Na mulher ocorre redução dos pêlos na área genital, as mamas tornam-se flácidas e a vagina mais ressecada. No homem, pode ocorrer aumento da próstata, o pênis pode apresentar menor sensibilidade e o volume da ejaculação é menor. Contudo, não se pode afirmar que os idosos não gostam ou não conseguem ter relação sexual. Na verdade, o que ocorre é uma alteração da manifestação da sexualidade, assim como em qualquer outra idade.

Carvalho Filho e Papaléo Netto (2000) afirmam que, no homem, o número de espermatozoides cai à metade, mas a fertilidade perdura até o extremo da vida. Glândulas, como as vesículas seminais e próstata, podem se atrofiar, sem ultrapassar os limites da normalidade.

Richardson (2001) relata que os homens idosos precisam de estimulação mais direta para conseguir uma ereção e têm probabilidade menor de alcançarem somente com a estimulação visual ou psicológica. A disfunção erétil é a principal queixa do idoso. Nas mulheres idosas, as queixas mais freqüentes são o ressecamento vaginal e dispareunia, perda de interesse e orgasmo infreqüente.

Lyra e Jesus (2007, p. 24) afirmam que na velhice são observados muitos problemas sexuais relacionados “à falta de uma educação sexual adequada, permeada de constantes repressões sofridas durante a fase de descobrimento da sexualidade e que perduram durante toda a vida”. Mesmo com o amadurecimento adquirido ao longo dos anos, os idosos ficam presos a esses tabus embutidos na

sua educação e não conseguem se libertar, refletindo na forma como encaram sua sexualidade.

A classe Reprodução conceitua-se “como qualquer processo por meio do qual novos indivíduos (pessoas) são produzidos” (NANDA, 2006, p. 267). Essa classe ainda não apresenta DE e não se aplica na avaliação de idosos.

Domínio 9 - Enfrentamento/ Tolerância ao Estresse

Nesse domínio, o indivíduo luta contra os eventos/ processos da vida e compreende as classes de respostas pós-trauma, respostas de enfrentamento, estresse neurocomportamental (NANDA, 2006). O Quadro 9 ilustra as classes e os DE deste domínio.

Quadro 9 - Distribuição das classes e diagnósticos de enfermagem do Domínio Enfrentamento/ Tolerância ao Estresse (NANDA, 2006).

Classes	Diagnósticos de Enfermagem
Respostas Pós-Trauma	Síndrome do estresse por mudança
	Risco de síndrome do estresse por mudança
	Síndrome do trauma do estupro
	Síndrome do trauma do estupro: reação silenciosa
	Síndrome pós-trauma
	Risco de síndrome pós-trauma
Respostas de Enfrentamento	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 defensivo
	Enfrentamento comunitário ineficaz
	Disposição para enfrentamento aumentado (individual)
	Disposição para enfrentamento familiar aumentado
	Disposição para enfrentamento comunitário aumentado
Risco de sentimento de pesar disfuncional	
Estresse Neurocomportamental	Disreflexia autonômica
	Risco de disreflexia autonômica

A classe Respostas Pós-Trauma refere-se às reações que ocorrem após trauma físico ou psicológico (NANDA, 2006).

Souza e Iglesias (2002) relatam que os idosos vítimas de trauma apresentam-se, inicialmente, de modo crítico, necessitando de internação hospitalar com maior frequência e representam grande proporção dos pacientes internados em unidades de tratamento intensivo.

Alguns traumas têm acontecido com grande frequência nos idosos como os acidentes de trânsito, quedas, queimaduras e maus tratos ou negligência praticadas por familiares ou por pessoas encarregadas de cuidar dos idosos (SOUZA; IGLESIAS, 2002). A identificação dos diagnósticos desse domínio torna-se importante para reduzir a mortalidade e a morbidade do trauma entre os idosos.

A classe Respostas de Enfrentamento refere-se ao processo de controlar o estresse ambiental (NANDA, 2006).

As pessoas idosas apresentam uma probabilidade maior de perder parentes e amigos, além de serem mais vulneráveis à solidão, isolamento social e de ter um menor grupo social. “O apoio social inadequado está associado não apenas a um aumento em mortalidade, morbidade e problemas psicológicos, mas também a uma diminuição na saúde e bem-estar em geral” (WHO, 2005, p. 28).

Teixeira (2004) acrescenta que nessa fase pode ocorrer no idoso um sentimento de perda e de declínio físico, de reflexões sobre a própria vida e a consciência da aproximação da morte e da ausência de perspectiva de futuro.

A prevalência dos transtornos da ansiedade diminui com o envelhecimento, mas ainda assim é mais comum que os transtornos depressivos. Com frequência, os transtornos de ansiedade têm início tardio e estão associados a transtornos depressivos e doenças físicas (BYRNE, 2002).

Diante disso, torna-se fundamental identificar os diagnósticos medo, ansiedade, ansiedade relacionada à morte, tristeza crônica, negação ineficaz, sentimento de pesar antecipado, sentimento de pesar disfuncional e adaptação prejudicada.

As pessoas idosas, devido ao avançar da idade e das mudanças físicas, psicológicas e sociais, tendem a enfrentar mais eventos de perda, como os associados ao declínio de saúde física, ao afastamento do mercado de trabalho, à perda de papéis sociais e à perda de amigos e pessoas da família, que são eventos incontroláveis. Além disso, as estratégias usadas para lidar com o estresse, que estão associados à disponibilidade dos recursos pessoais, sociais e materiais dos indivíduos, também mudam com a idade, já que existe uma tendência à diminuição de muitos recursos (GOLDSTEIN; SOMMERHALDER, 2002).

Esses eventos não-controláveis, comuns na velhice, criam necessidades de enfrentamento bastante específicas, sendo que alguns recursos são utilizados pelo idoso com apoio dos familiares, amigos, rede social, além do suporte na religiosidade ou na espiritualidade. A família exerce um importante papel no enfrentamento das situações vividas pelo idoso, uma vez que oferece cuidados de saúde, apoio financeiro e emocional. Por outro lado, deve-se lembrar que as mudanças econômicas e a alteração de valores e atitudes com relação às responsabilidades dos mais jovens para com o grupo familiar têm ocasionado um descaso em relação ao cuidado com o idoso, ocasionando um enfrentamento familiar incapacitado.

A classe Estresse Neurocomportamental refere-se às respostas comportamentais que refletem a função cerebral e nervosa (NANDA, 2006).

Segundo Blanck e Jacobs (1996, p. 766) a disreflexia autônoma é um grupo de manifestações clínicas que “resultam da liberação simultânea de respostas múltiplas da medula espinhal autônoma. Essa síndrome ocorre no cliente com lesão acima de T 7 e pode ocorrer transcorridos seis anos de agressão”. Essas alterações nos remetem aos diagnósticos disreflexia autonômica, risco de disreflexia autonômica e capacidade adaptativa intracraniana diminuída, são diagnósticos que podem ocorrer em situações de trauma.

Domínio 10 - Princípios de Vida

Princípios da vida representam os “princípios nos quais são baseados a conduta, o pensamento e o comportamento quanto a atos, costumes ou instituições, encarados como verdadeiros ou como dotados de valor intrínseco” (NANDA, 2006, p. 268). O Quadro 10 ilustra as classes e os DE deste domínio.

Quadro 10 - Distribuição das classes e diagnósticos de enfermagem do Domínio Princípios de Vida (NANDA, 2006).

Classes	Diagnósticos de Enfermagem
Valores	(nenhum)
Crenças	Disposição para bem-estar espiritual aumentado
Congruência entre Valores/Crenças/Ações	Angústia espiritual
	Risco de angústia espiritual
	Conflito de decisão (especificar)
	Desobediência (especificar)
	Risco de religiosidade prejudicada
	Religiosidade prejudicada
	Disposição para religiosidade aumentada

A classe Valores conceitua-se como a identificação e classificação dos modos de conduta ou estados finais preferidos (NANDA, 2006). Essa classe ainda não possui DE.

A classe Crenças refere-se a opiniões, expectativas ou julgamentos sobre atos, costumes ou instituições, encarados como verdadeiros ou como dotados de valor intrínsecos (NANDA, 2006).

Antes de iniciar o conteúdo desse domínio, torna-se importante diferenciar o conceito de crença, espiritualidade e religião. As crenças referem-se a “atitudes fundamentais, premissas, valores e pressupostos adotados pelos indivíduos e famílias. Nossas convicções constituem a planta sobre a qual construímos nossas vidas e as entremeamos com as vidas dos outros” (WRIGHT; LEAHEY, 2002, p. 139).

Black e Jacobs (1996) definem espiritualidade como um conjunto de valores, significados e propósitos, podendo ser definida como uma necessidade humana de busca para o significado e propósito de vida.

Segundo os autores acima, a religião é um grupo organizado de saber e práticas que expressam múltiplas crenças não sendo sinônimo de espiritualidade.

Berger e Poirier (1995) acrescentam que os idosos mantêm a prática religiosa durante mais tempo do que qualquer outra atividade. Mesmo que essa prática tenha cessado completamente na idade adulta, parece que, ao envelhecer, a pessoa sente o desejo de reatar os laços com a sua religião, justificando a necessidade de investigar o diagnóstico disposição para bem-estar espiritual aumentado.

A classe Congruência entre Valores/Crenças/Ações conceitua-se como a correspondência ou equilíbrio encontrado entre valores, crenças e ações (NANDA, 2006).

À medida que se envelhece, as ações realizadas durante a vida podem levar a sentimentos diferentes em relação à religião como o de culpa ou de consolo. Alguns problemas físicos decorrentes do envelhecimento podem dificultar o acesso a igrejas, a centros e a Casa do Senhor, levando a um declínio nas atividades religiosas. Isso vem a acarretar um sofrimento espiritual, já que a eficácia da oração

em facilitar a cura mostra que a fé é um coadjuvante valioso às terapias convencionais na assistência primária (BRINK, WILKING, 2001).

Estudo realizado por Freire Junior e Tavares (2005) em uma instituição asilar identificaram que, ao conceituar o termo “saúde”, a definição era como algo transcendente, estabelecida por Deus e fora de seu controle. Destacou-se o papel desempenhado pela religião no enfrentamento das exigências da velhice, facilitando a aceitação das perdas, sendo, por isso, um dos recursos utilizados em situações difíceis. Black e Jacobs (1996) acrescentam que é comum que os clientes, diante de um processo de doença, sofrimento e morte questionem a Deus e peçam apoio à sua religião.

Trentini et al. (2005) identificaram que a fé entre os idosos constitui um modo de pensar construtivo, sendo um sentimento de confiança de que acontecerá o que se deseja. Em um dos discursos apareceu a frase: "se você tomar um copo de água com açúcar e tiver fé, melhora". Essa afirmação mostrou a força da fé que essas pessoas nutrem e, portanto, as ações de saúde dirigidas aos idosos precisam incluir reforços para manter e/ou desenvolver a espiritualidade, independente de qualquer credo ou convicção religiosa. A fé sempre aumenta quando se constata que, embora invisível, a idéia, o sonho é, na verdade, real. A fé em Deus é um sentimento arraigado na nossa cultura e é tão necessária quanto são outros modos de enfrentamento. O estudo mostrou que a dimensão espiritual ocupa um lugar de destaque na vida das pessoas e é imprescindível conhecer a espiritualidade dos usuários ao planejar o cuidado de enfermagem.

O idoso pode apresentar os diagnósticos: angústia espiritual, risco de angústia espiritual, conflito de decisão, desobediência, risco de religiosidade prejudicada, religiosidade prejudicada e disposição para religiosidade aumentada. A identificação

desses diagnósticos é necessária, uma vez que a religiosidade auxilia no enfrentamento do processo de saúde-doença, além de ser utilizada no planejamento da assistência de enfermagem.

Domínio 11 - Segurança/ Proteção

Esse domínio está relacionado ao indivíduo estar livre de perigo, lesão física ou dano do sistema imunológico, preservação contra perdas e proteção da segurança e seguridade (NANDA, 2006). O Quadro 11 ilustra as classes e os DE desse domínio.

Quadro 11 - Distribuição das classes e diagnósticos de enfermagem do Domínio Segurança/Proteção (NANDA, 2006).

Classes	Diagnósticos de Enfermagem
Infecção	Risco de infecção
Lesão Física	Mucosa oral prejudicada
	Risco de lesão
	Risco de quedas
	Risco de trauma
	Integridade da pele prejudicada
	Risco de integridade da pele prejudicada
	Integridade tissular prejudicada
	Dentição prejudicada
	Risco de sufocação
	Risco de aspiração
	Desobstrução ineficaz de vias aéreas
	Risco de disfunção neurovascular periférica
	Proteção ineficaz
	Violência
Automutilação	
Risco de violência direcionada a outros	
Risco de violência direcionada a si mesmo	
Riscos Ambientais	Risco de envenenamento
Processos Defensivos	Resposta alérgica ao látex
	Risco de resposta alérgica ao látex
Termorregulação	Risco de desequilíbrio na temperatura corporal
	Termorregulação ineficaz
	Hipotermia
	Hipertermia

A classe Infecção denomina-se pela resposta do hospedeiro após invasão patogênica (NANDA, 2006).

Os idosos também são mais vulneráveis a infecções devido à diminuição da reserva funcional, que caracteriza o processo de envelhecimento e que pode ser agravada e acelerada pela presença de patologias, além da modificação da resposta fisiológica do organismo a qualquer afecção aguda, contribuindo para que as doenças se manifestem de formas diferentes das observadas nos indivíduos jovens (GORZONI; COSTA, 2002).

Boas e Ruiz (2004) enfatizam que a infecção hospitalar é uma importante causa de morbidade e mortalidade na população idosa. Um estudo realizado com 322 idosos internados em um hospital universitário mostrou que a taxa de infecção hospitalar encontrada foi de 23,6%. 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 dos com infecção hospitalar foi de 15,9. A taxa de mortalidade dos pacientes internados foi de 9,6% e a de letalidade dos pacientes com infecção hospitalar de 22,9. Concluiu-se que a infecção hospitalar apresentou incidência e letalidade elevadas e aumentou o tempo de internação dos idosos estudados.

A classe Lesão Física conceitua-se como um dano ou ferimento corporal (NANDA, 2006).

Araújo et al. (2006) descreveram que no levantamento epidemiológico nacional em saúde bucal, realizado no Brasil, com uma amostra de 5.349 idosos, constatou-se a necessidade de prótese dentária para a arcada superior em 32,40% dos idosos examinados e 56,06% necessitavam de prótese dentária para a arcada inferior. Quanto ao acesso ao serviço odontológico, quase 70% dos idosos pesquisados não iam ao dentista há mais de três anos e 5,83% nunca foram atendidos. Quanto ao tipo de serviço utilizado, 40,5% relataram o serviço público e 40,2% serviço privado

liberal. Diante disso, deve-se pesquisar o diagnóstico mucosa oral prejudicada e dentição prejudicada.

Outros diagnósticos fazem parte desse domínio como risco de lesão, risco de quedas e risco de traumas. Paschoalin et al. (2004) citam alguns fatores que contribuem para a queda dos idosos como: alterações fisiológicas do processo de envelhecimento, doenças, efeitos provocados pelo uso de alguns medicamentos e o meio-ambiente inadequado às suas condições físicas. O risco de quedas está relacionado ao aumento do grau de dificuldade na execução de tarefas físicas do dia-a-dia e reflete o peso do efeito cumulativo de prejuízos funcionais na predição de quedas em idosos. Quando há comprometimento, as atividades físicas significam não somente prejuízo no equilíbrio em si, o que seria o fator primordial no comprometimento das suas atividades, como também nas limitações da força muscular, da mobilidade e da marcha.

A queda de pessoas idosas é uma causa crescente de lesões, custos de tratamento e morte. Devem-se amenizar os obstáculos do ambiente como pouca iluminação, pisos escorregadios ou irregulares e a falta de corrimão para apoio (WHO, 2005).

Vernon (2001, p. 555) relata que as “quedas, os acidentes com veículos automotores, as queimaduras, a asfixia e o envenenamento são as maiores causas de acidentes fatais no idoso, levando à perda de milhares de vidas anualmente”.

Vernon (2001) também acrescenta que, nos Estados Unidos um terço dos acidentes envolvendo veículos automotores em 1993 são com pedestres, na faixa etária acima de 75 anos de idade e isso pode estar relacionado à velocidade de marcha diminuída, à dificuldade do idoso em julgar a velocidade de um veículo, ao declínio auditivo e da visão periférica comprometida.

O envelhecimento é acompanhado por perda auditiva em quase todas as frequências, diminuindo a capacidade de detectar sons ambientais e ruídos de fundo. Sendo assim, o som pode não ser percebido a tempo para evitar acidentes. Além disso, a diminuição da visão contribui de forma considerável para quedas recorrentes. Estima-se, que, no idoso, quanto maior a dificuldade visual, maior o risco de quedas (MARIN et al., 2004).

Outra modificação que acontece no idoso está relacionada às alterações cutâneas em que ocorre perda de espessura da derme, atingindo 20% em indivíduos idosos e pode ser responsável pela aparência de papel-fino da derme. Na epiderme ocorre diminuição significativa do número total e do tamanho médio dos queratinócitos responsáveis pela redução da espessura da epiderme. Em geral, as células envelhecem, tornam-se menos responsivas aos sinais provenientes do meio ambiente (BERGER; GILCHREST, 2002). Devido a estas alterações, torna-se necessário pesquisar a presença dos diagnósticos: integridade da pele prejudicada, risco de integridade da pele prejudicada e integridade tissular prejudicada.

A classe Violência refere-se à aplicação de força ou potência excessiva de modo a causar lesão ou abuso (NANDA, 2006).

Quanto à violência contra os idosos, Machado e Queiroz (2002) acrescentam ser difícil conhecer exatamente a extensão dos maus-tratos e negligência com idosos, uma vez que existe um silêncio em torno da questão. Os idosos brasileiros não se sentem protegidos se vierem a denunciar a violência sofrida, uma vez que, na maioria, são dependentes física, emocional e financeiramente de sua família.

A ocorrência de furto ou agressão pode ocorrer nos idosos frágeis ou que moram sozinhos. Os maus tratos aos idosos ocorrem em famílias de todos os níveis econômicos, podendo ser cometidos por membros da família ou acompanhantes

formais, bem como conhecidos dos idosos. Incluem tanto o abuso físico, sexual, psicológico, financeiro e negligências. A Organização Mundial de Saúde descreve que “o abuso ao idoso é uma violação dos direitos humanos e uma causa relevante de lesões, doenças, perda de produtividade, isolamento e desespero. Em geral, em todas as culturas é pouco denunciado” (WHO, 2005, p. 29).

Alguns fatores de risco predisõem a violência, como ciclos recorrentes de violência familiar, problemas de saúde mental do cuidador, associados ou não a consumo de álcool e de drogas, incapacidade funcional do idoso dependente, tornando maior o risco e a vulnerabilidade para maus-tratos e negligência (MACHADO; QUEIROZ, 2002). Dentro desse contexto, os diagnósticos risco de violência direcionada a outros e risco de violência direcionada a si mesmo podem surgir como motivo da hospitalização dos idosos.

Gordilho (2002b) aborda que os idosos apresentam as taxas de risco de suicídio mais altas se comparada a pessoas de qualquer outra faixa etária, sendo que nos Estados Unidos, a taxa de suicídio de homens com idade superior a 65 anos é cinco vezes superior à taxa da população geral. As causas da ideação suicida referida por aproximadamente 10% dos idosos estão relacionadas a problemas financeiros, solidão, más condições de saúde ou sintomas depressivos. Os diagnósticos risco de automutilação, automutilação e risco de suicídio podem ocorrer; por isto deve-se evitar que essas idéias sejam colocadas em prática.

A classe Riscos Ambientais está relacionada a fontes de perigo nos arredores (NANDA, 2006).

Outro ponto detalhado nesse domínio, refere-se ao diagnóstico risco de envenenamento que, de acordo com Vernon (2001, p. 560), é um “problema significativo na população idosa, respondendo por mais de 500 mortes por ano ou

13% das mortes por envenenamento nos Estados Unidos. A maioria resulta de medicamentos”.

Martins e Campos (2003) endossam essa afirmativa, esclarecendo que a intoxicação medicamentosa tem aumentado significativamente, devido à venda de medicamentos sem receitas, repetição de receitas de forma inadequada, pouca divulgação sobre a droga, a falta de prevenção na biossegurança pela equipe de saúde, indústria e sociedade.

Vernon (2001, p. 560) relata que “os idosos são mais vulneráveis à toxicidade e à morte por drogas por causa das alterações na composição corporal e nas funções renal e hepática que afetam a farmacocinética”.

A classe Processos Defensivos refere-se aos processos por meio dos quais a pessoa protege a si mesma contra fatores externos (NANDA, 2006). Os diagnósticos dessa classe resposta alérgica ao látex e risco de resposta alérgica ao látex referem-se às respostas alérgicas que podem desenvolver frente ao contato com produtos de borracha de látex natural.

A classe Termorregulação denomina-se como o processo fisiológico de regular calor e energia no corpo, com o propósito de proteger o organismo (NANDA, 2006).

Outra alteração fisiológica apresentada pelo idoso é a predisposição às doenças ligadas às alterações do sistema de termorregulação como redução da resposta à sudorese frente a estresse termal, doença cardiovascular, diabetes, medicamentos e deterioração da mobilidade. Vale ressaltar que o sistema de termorregulação corpóreo é responsável pela capacidade de permitir que o corpo aqueça e esfrie de acordo com a necessidade (FARIA; PAULA; NEDEL, 2002).

A hipotermia também constitui emergência médica, e seu diagnóstico é fundamental, a fim de evitar a morbidade ou o óbito. Os idosos, com freqüência, têm

percepção de frio diminuída e, por alterações fisiológicas, as catecolaminas endógenas reduzem as respostas de vasoconstrição e de tremores ao frio. A desnutrição também contribui, uma vez que ocorre redução do tecido subcutâneo e conseqüentemente perda da capacidade de retenção de calor, além de reduzir a produção de calor.

Diante disso, podem estar presentes nos idosos os diagnósticos: risco de desequilíbrio na temperatura corporal, termorregulação ineficaz, hipotermia, hipertermia.

Domínio 12 - Conforto

O conforto mostra a sensação de bem-estar ou conforto mental, físico ou social (NANDA, 2006). O Quadro 12 ilustra as classes e os DE desse domínio.

Quadro 12 - Distribuição das classes e diagnósticos de enfermagem do Domínio Conforto (NANDA, 2006).

Classes	Diagnósticos de Enfermagem
Conforto Físico	Dor aguda
	Dor crônica
	Náusea
Conforto Ambiental	(nenhum)
Conforto Social	Isolamento social

A classe Conforto Físico está relacionado a sensação de bem-estar ou conforto e/ou ausência de dor (NANDA, 2006).

Para facilitar o entendimento deste domínio é necessário diferenciar dor aguda de dor crônica. Brink e Wilking (2001) definem a dor aguda como de curta duração, de causa desconhecida, responsividade a opióides e outros analgésicos, supressão das endorfinas centrais, rompimento funcional temporário e estado mental de ansiedade.

A dor crônica é aquela que possui duração há mais de seis meses, de causa vaga, provavelmente por um distúrbio nas vias de percepção da dor. Apresenta uma resposta baixa ao tratamento e uma perda da capacidade funcional por tempo indefinido (BRINK; WILKING, 2001).

A dor crônica é fator limitante de funções, aumenta a agitação, o risco de estresse emocional e de mortalidade, afetando parte do corpo ou regiões, limitando o funcionamento físico dos indivíduos idosos (ANDRADE; PEREIRA; SOUSA, 2006).

O envelhecimento está relacionado à presença de múltiplas patologias crônicas que se manifestam principalmente por dor, como a artrite reumatóide, insuficiência coronária, osteoartrose com fratura, hérnia hiatal e outras (PORTO, 2000). Por isso, torna-se fundamental identificar os diagnósticos: dor aguda, dor crônica e náusea.

A classe Conforto Ambiental refere-se à sensação de bem-estar ou conforto no/com o ambiente em que está a pessoa. Essa classe ainda não apresenta DE (NANDA, 2006).

A classe Conforto Social se classifica como a sensação de bem-estar ou conforto da pessoa com as suas situações sociais (NANDA, 2006).

Os idosos tendem a permanecer mais tempo em casa devido à diminuição de demandas externas e de uma vida social mais limitada. Passam a maior parte do tempo assistindo à televisão. Os idosos com laços familiares ativos e amigos íntimos que vêm freqüentemente, que pertencem a igrejas e a organizações de trabalhos voluntários e que cultivaram formas de lazer no curso da vida apresentam uma auto-imagem positiva, relatam altos níveis de satisfação com a vida e apresentam-se mais ativos (ACOSTA-ORJUELA, 2002).

Domínio 13 - Crescimento e desenvolvimento

Esse domínio refere-se aos aumentos apropriados para a idade nas dimensões físicas e nos sistemas orgânicos e/ou à consecução de estágios de desenvolvimento (NANDA, 2006). O Quadro 13 ilustra as classes e os DE deste domínio.

Quadro 13 - Distribuição das classes e diagnósticos de enfermagem do Domínio Crescimento/Desenvolvimento (NANDA, 2006).

Classes	Diagnósticos de Enfermagem
Crescimento	Atraso no crescimento e desenvolvimento
	Insuficiência do adulto para melhorar (o seu estado de saúde)
Desenvolvimento	Atraso no crescimento e desenvolvimento

A classe crescimento denomina-se como o aumento da dimensão física ou maturidade de sistemas orgânicos (NANDA, 2006).

No envelhecimento, a estatura começa a diminuir a partir dos 40 anos, cerca de um centímetro por década. Essa perda se deve à diminuição dos arcos do pé, aumento das curvaturas da coluna, além de um encurtamento da coluna vertebral devido a alterações nos discos intervertebrais (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2000; VIEIRA; GLASHAN, 1996).

A classe desenvolvimento refere-se à progressão ou regressão por meio de uma seqüência de marcos reconhecidos da vida (NANDA, 2006). Possui o diagnóstico atraso no crescimento e desenvolvimento e está relacionada aos desvios em relação aos padrões do grupo etário.

É importante o conhecimento desses diagnósticos da admissão hospitalar com o intuito de identificar os possíveis desvios em relação ao padrão estipulado na literatura para a faixa etária.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) estudo descritivo tem como finalidade observar, descrever e documentar os aspectos da situação.

3.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada na clínica médica de um Hospital Escola de grande porte da Região Centro-Oeste, que presta atendimento à saúde exclusivamente pelo SUS, em procedimentos de baixa, média e alta complexidade, urgências e emergências.

A clínica médica conta com aproximadamente 70 leitos atendidos por especialidades que incluem: gastroenterologia, endocrinologia, pneumologia, cardiologia, nefrologia, hematologia, reumatologia, neurologia e medicina interna. A unidade conta com doze enfermarias, sendo seis masculinas e seis femininas.

Apresenta um quadro de funcionários com as seguintes qualificações: oito enfermeiros, dois bolsistas de enfermagem, 48 técnicos de enfermagem, sete técnicos voluntários, dois auxiliares de enfermagem, sendo um ou dois enfermeiros por plantão e oito profissionais de nível médio. Esses geralmente estão escalados da seguinte forma: um na sala de preparo de medicações, um nos procedimentos de curativos, seis na assistência direta as pacientes de enfermarias, sendo que cada um fica responsável por duas enfermarias.

Na clínica é atendida uma demanda de pessoas, de todas as faixas etárias. O processo de admissão do cliente na unidade de internação ocorre após a consulta médica ambulatorial, de forma agendada mediante encaminhamento da atenção básica por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, utilizando o “chequinho”, conforme pactuação bipartide ou por meio de atendimento após entrada no Pronto Socorro (PS). A admissão é feita pelo enfermeiro e pelo residente da medicina. Este registra no prontuário a anamnese constando o histórico do paciente, exame físico, resultados de exames.

O enfermeiro insere os nomes dos pacientes admitidos na lista de pacientes internados e fornece algumas orientações como o direito a acompanhante, a guarda de objetos pessoais, informa o horário de visita e esclarece dúvidas. O lançamento dos dados do paciente em livro padronizado para a admissão é feito pelo secretário.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS LEGAIS

Esta pesquisa se constitui em 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 no mês de dezembro de 2006 pela Diretoria Geral do Hospital Escola e o Comitê de Ética em Pesquisa Médica e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (protocolo 171/06). O sub-projeto a que se referiu é “Avaliação do impacto da educação permanente no atendimento de enfermagem, na perspectiva da resolução de DE, em grupos populacionais atendidos no hospital em estudo” (APÊNDICE A). Este sub-projeto tem vários objetivos, sendo que um deles é o que está sendo desenvolvido neste estudo.

Os pacientes foram esclarecidos sobre a natureza do trabalho, seus objetivos e procedimentos envolvidos; posteriormente, foi solicitada sua participação na pesquisa. Em caso de aceitação, foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) para assinatura em duas vias, sendo que uma fica com o pesquisador e a outra com o pesquisado. Foi garantido aos que se recusaram, não sofrer prejuízo no atendimento à saúde oferecido pela instituição. Os que aceitaram tiveram o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, sem penalidade alguma, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Foi registrada no prontuário desses pacientes a sua inserção na presente pesquisa.

A equipe de pesquisadores terá o compromisso de apresentar os resultados encontrados à equipe de trabalhadores de enfermagem do cenário envolvido no estudo, bem como à diretoria de enfermagem da instituição, mediante encontro a ser combinado de acordo com a disponibilidade dos mesmos. Será entregue um volume do exemplar final da dissertação à instituição. A divulgação dos achados para a comunidade científica será realizada mediante a publicação dos resultados, preservando a identidade dos sujeitos.

3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA DE ESTUDO

A população deste estudo se constitui de idosos admitidos na clínica médica de um Hospital Escola da Região Centro-Oeste para tratamento de DCNT.

Para a seleção dos 28 idosos, foi consultado o diário de internação hospitalar na clínica médica, utilizando para isso o caderno de admissão disponível no setor.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão dos idosos:

- ter idade igual ou acima de 60 anos;
- estar internado no período de coleta de dados;
- referir-se em condições físicas e emocionais de responder às perguntas;
- ter sido admitido na clínica médica até 24 horas antes do procedimento de coleta de dados. Em caso de reinternação, esse idoso foi considerado inelegível como novo sujeito nessa ocasião.

Foi considerado critério de exclusão a presença de intercorrência de saúde com piora do estado geral de saúde do idoso, dispnéia intensa ou qualquer outra alteração durante a coleta de dados que contra-indicasse os procedimentos desta.

No hospital em estudo, existe um setor 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 reinternações foi de 8%.

Dos idosos hospitalizados, 53,4% eram do sexo masculino e 46,6% do sexo feminino. Quanto às especialidades, 31,5% medicina interna, 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. Dos 73 idosos internados no período, 45 não participaram do estudo por não se enquadrarem nos critérios de inclusão: um idoso foi excluído por apresentar quadro de insuficiência respiratória e, nesse caso, a coleta foi suspensa imediatamente; houve uma recusa em participar

do estudo; quatro idosos foram reinternados. Os demais, durante a coleta de dados, percebeu-se que o idoso estava internado há mais de 24 horas ou não apresentava condições físicas e emocionais para responder ao instrumento de coleta de dados. Desta forma, a amostra deste estudo constituiu-se de 28 idosos.

3.5 ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Após levantamento na literatura científica, não foi encontrado instrumento já validado de coleta de dados para identificação de DE em idosos que utilizasse a Taxonomia II da NANDA (2006). Dessa forma, foi construído um instrumento de coleta de dados que atendesse aos objetivos deste estudo.

3.5.1 Construção e Refinamento do Instrumento de Coleta de Dados

Para elaboração do presente instrumento, utilizou-se a NANDA (2006), além das obras de Reichel (2001), Santana (2004), Repetto (2003), Posso (2003), Barros (2002), Bickley e Hockelman (2001), Volpato (2001), Porto (2004), Carvalho Filho e Papaléo Netto (2000) e Papaléo Netto (1996).

O protocolo de coleta de dados foi elaborado considerando a abrangência dos treze domínios e as quarenta e sete classes da estrutura multiaxial da Taxonomia II de Diagnóstico da *North American Nursing Diagnoses Association* (NANDA, 2006) que incluem procedimentos de entrevista, aplicação de escalas, exame físico e consulta em prontuário (APÊNDICE C).

Dos 172 DE da NANDA (2006), este estudo contemplou 157. Foram desconsiderados DE que não se aplicam ao idoso: padrão ineficaz de alimentação do lactente, amamentação eficaz, amamentação ineficaz, amamentação

interrompida, comportamento infantil desorganizado, risco de comportamento infantil desorganizado, disposição para comportamento infantil organizado aumentado, risco de síndrome de morte súbita da criança, risco de crescimento desproporcional e risco de atraso no desenvolvimento.

Outros diagnósticos foram desconsiderados por não serem esperados no perfil de pacientes da clínica médica deste estudo: resposta disfuncional ao desmame ventilatório, recuperação cirúrgica retardada, capacidade adaptativa intracraniana diminuída e risco de lesão perioperatória por posicionamento.

O diagnóstico de enfermagem campo de energia perturbado não foi investigado, porque não se enquadra nos paradigmas do processo saúde-doença da pesquisadora.

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 *experts*, 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, com o objetivo de obter subsídios para verificar a adequação do

conteúdo e melhor forma de utilização do mesmo, além de avaliar o tempo gasto em cada avaliação e fazer os ajustes necessários.

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, além de permitir a identificação de lacunas no instrumento de coleta de dados. Esses dados não foram incluídos na pesquisa.

3.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados em campo durou sete meses e iniciou-se em abril de 2007 e se encerrou no mês de outubro de 2007.

Durante a coleta de dados, não foi realizado qualquer 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 da clínica, as condições de saúde e a disponibilidade dos sujeitos e/ou acompanhantes. Foram realizados em média, três encontros de uma hora para os participantes no processo de admissão (nas primeiras 48 horas de admissão). A pesquisadora desempenhou a coleta de dados, procurando estabelecer vínculo e empatia com o idoso e/ou acompanhante.

Alguns dados foram retirados dos prontuários como a data e horário de admissão, exames laboratoriais realizados, medicamentos prescritos e diagnóstico médico. Esses dados serviam para entender a situação daquele idoso, enriquecendo a coleta.

Para a realização do exame físico e aplicação de escalas, foram utilizados os atributos críticos, semiotécnica e parâmetros de avaliação descritas no Quadro 14 (APÊNDICE D). Esses atributos foram submetidos à análise de conteúdo por um

grupo de experts enfermeiras e docentes, quanto à clareza, objetividade e pertinência das técnicas e dos parâmetros de avaliação. As sugestões estavam relacionadas às técnicas mais atualizadas, clareza da redação, pontos importantes a serem verificados e que o instrumento não contemplava. Essas foram aceitas na sua maioria, respeitando a concordância de opiniões entre os avaliadores.

3.7 IDENTIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

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

Análise é a fase na qual o material coletado é separado em partes e examinado criticamente. Nessa parte, existem duas etapas, a saber:

- categorização dos dados que são organizados, colocados de maneira lógica, sistematizada e pode ser embasada em diferentes modelos conceituais,
- identificação de lacunas de dados, compreendida como sendo a etapa em que os dados incompletos são avaliados, podendo haver necessidade de nova coleta de dados (RISNER, 1995).

Esta etapa foi realizada da seguinte forma: um pesquisador coletou os dados e o outro os examinou em busca de lacunas e/ou dados divergentes; então o primeiro pesquisador voltou ao sujeito e completou ou esclareceu os pontos necessários. Esse procedimento visa aumentar a fidedignidade da coleta de dados.

Síntese é a parte na qual o processo de raciocínio é realizado, considerando as seguintes etapas (RISNER, 1995):

- agrupamento de dados - é o início dessa fase, na qual os dados relevantes são agrupados;

- comparação dos dados agrupados com teorias, modelos e conceitos - consiste na maior etapa da fase de síntese em que os dados coletados sobre o paciente são interpretados e comparados com normas e padrões;
- identificação de desvios ou potencialidades de saúde (inferência ou hipótese) - é a etapa do julgamento clínico e a elaboração de hipóteses diagnósticas, considerando as conclusões esboçadas sobre os problemas do paciente, após comparação com teorias, modelos e conceitos. Nessa etapa, os fatores que influenciam ou contribuem para a elaboração das hipóteses (inferências) são identificadas.

A síntese foi realizada por dois pesquisadores conjuntamente e revisado por um terceiro pesquisador. Esse procedimento visou aumentar a acurácia das inferências diagnósticas.

Com base nas inferências, foram identificados os DE, mediante utilização da taxonomia de DE da NANDA (2006).

No decorrer da 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).

3.8 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados foram analisados utilizando-se procedimentos da estatística descritiva, utilizando frequência simples e percentual, para os DE, os fatores relacionados, fatores de risco e as características definidoras mostrados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Participaram do estudo 28 idosos admitidos na clínica médica de um Hospital Escola da Região Centro Oeste, no período de abril a outubro de 2007.

Para organizar a exposição dos dados, optou-se por apresentar o perfil sócio-econômico-demográfico da amostra. Logo a seguir foi feita referência ao caso de um idoso, que ilustra o processo de raciocínio clínico (RISNER, 1995) utilizado para se chegar aos DE e, finalizando, são discutidos os resultados dos DE, respectivos fatores relacionados, fatores de riscos e as características definidoras identificadas.

As características sócio-demográfico-econômicas dos idosos internados na Clínica Médica foram apresentados de acordo com os critérios do IBGE (BRASIL, 2002b).

Como pode ser visto na Tabela 1, a faixa etária predominante nos idosos admitidos foi de 60 a 69 anos (50,0%). Esses dados da amostra são semelhantes àqueles da população de idosos no Brasil e na Região Centro-Oeste, em que 57,5%, 59,8%, respectivamente, pertenciam à faixa etária entre 60 a 69 anos (BARRETO; GIATTI; KALACHE, 2004; BRASIL, 2000b). A internação hospitalar de idosos no Rio de Janeiro no ano de 1999, na mesma faixa etária, mostrou dados inferiores (44,9%) (AMARAL et al., 2004). Cação et al. (2002) encontraram 50,0% dos indivíduos entre 60 a 69 anos atendidos em um ambulatório de clínica médica de São Paulo, dado idêntico ao encontrado no presente estudo.

Amaral et al. (2004) reforçam que há um predomínio de internações em idosos mais jovens e um declínio com o aumento da idade, por outro lado, há um crescimento significativo da mortalidade com o envelhecimento, que é mais expressivo a partir dos 75 anos de idade.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos segundo o perfil sócio-econômico-demográficos, por faixa etária. Clínica médica de um Hospital Escola da Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007.

Características	Sexo Feminino		Sexo Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Idade						
60 a 64 anos	2	7,1	5	17,9	7	25,0
65 a 69 anos	1	3,6	6	21,4	7	25,0
70 a 74 anos	2	7,1	4	14,3	6	21,4
75 a 79 anos	2	7,1	5	17,9	7	25,0
80 ou mais	0	0	1	3,6	1	3,6
Sexo	7	25,0	21	75,0	28	100,0
Estado civil						
Casado/união consensual	3	10,7	17	60,7	20	71,4
Separado/divorciado	2	7,1	3	10,7	5	17,9
Viúvo	2	7,1	1	3,6	3	10,7
Religião						
Católico	6	21,4	15	53,6	21	75,0
Evangélico	1	3,6	6	21,4	7	25,0
Escolaridade						
Sem instrução e menos de 1 ano	2	7,1	7	25,0	9	32,1
1 a 3 anos	1	3,6	11	39,3	12	42,9
4 anos	1	3,6	1	3,6	2	7,1
5 a 7 anos	2	7,1	1	3,6	3	10,7
8 a 10 anos	1	3,6	0	0	1	3,6
11 ou mais	0	0	1	3,6	1	3,6
Renda mensal do idoso						
Sem rendimento	2	7,1	1	3,6	3	10,7
Até 1 salário	2	7,1	7	25,0	9	32,1
Mais 1 a 2 salários	1	3,6	9	32,1	10	35,7
Mais 2 a 3 salários	1	3,6	4	14,3	5	17,9
Mais de 3 a 5 salários	1	3,6	0	0	1	3,6

Nesta pesquisa encontrou-se um predomínio do sexo masculino (75,0%). Glashan, Santos e Oliveira (1999) encontraram em idosos internados na clínica geral de São Paulo que 60,3% eram do sexo masculino. Loyola Filho et al. (2004) analisaram fonte de informações da base de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) em 2001 e verificaram que os homens internavam mais que as mulheres, e essa percentagem aumentava com o avançar da idade.

Vários estudos em serviços de atenção básica mostraram prevalência de idosos do sexo feminino e se atribui este perfil ao fato delas serem mais atentas aos sinais e sintomas de possíveis enfermidades, buscando com mais freqüência o

sistema de saúde (RAMOS, 2003; LEBRÃO; LAURENTI, 2005), o que propicia desfrutar de um quadro de saúde mais estável comparado ao dos homens.

Em relação ao estado civil, os casados representam 60,7% para os idosos do sexo masculino e 10,7% para os idosos do sexo feminino. No Brasil, no ano de 2005, existiam 23.750 idosos casados e 7.640 idosas casadas, segundo estatísticas do registro civil (BRASIL, 2005). Estudos realizados na comunidade, apresentaram prevalência de idosos casados em torno de 50%, considerado populações com distribuições homogêneas entre o sexo feminino e masculino (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006; NUNES; NAKATANI, 2006; RAMOS et al., 1998).

A alta prevalência de casados neste estudo pode ser atribuída ao fato de 75,0% serem homens. No estudo de Ramos et al. (1998) verificou-se entre a população idosa do sexo masculino, no município de São Paulo, que 80,0% eram casados, dado que se assemelha aos encontrados no presente estudo.

Quanto à religião, 75,0% professavam o catolicismo e 25,0%, eram evangélicos. A taxa do catolicismo é semelhante à média nacional (77,8%), mas o número de evangélicos mostrou-se muito maior em relação ao encontrado no território nacional (12,4%), segundo o Censo Demográfico (BRASIL, 2002b).

Identificou-se que em relação à escolaridade, 42,9% estudaram de um a três anos; 32,1% possuíam menos de um ano ou não tiveram acesso à escola. Percebe-se que os resultados são reflexo do ensino nas décadas de 1930 a 1940, em que o acesso à escola era restrito; somado a isso, a maioria dos idosos relatou ter vivido na zona rural, dificultando ainda mais o acesso à educação. Conforme o censo demográfico, 34,7% dos idosos eram sem instrução ou estudaram menos de um ano, 24,7% estudaram de um a três anos (BRASIL, 2002b). No ano de 1996, no Brasil e na Região Centro-Oeste, 40,99% e 45,63% respectivamente dos idosos

eram sem instrução ou estudaram menos de um ano e 22,01% e 22,68%, respectivamente, estudaram de um a três anos (BRASIL, 2006f). Portanto, a escolaridade desta amostra mostrou-se um pouco maior do que a população idosa brasileira e da Região Centro-Oeste.

No grupo estudado, 10,7% não possuíam rendimento, 32,1% recebiam um salário, 35,7% mais de um a dois salários. Dados do Censo Demográfico de 2000 mostraram que 65,0% da população idosa relataram ter até um salário mínimo, 21,6% mais de um a três e 5,2% não tinham rendimento (BRASIL, 2002b). Esse resultado se assemelha ao encontrado por Glashan, Santos e Oliveira (1999) em idosos internados na clínica geral, quando se identificou que: 67,6% recebiam um salário mínimo, 27,9% de dois a três salários mínimos e 4,4% recebiam mais de três salários. No presente estudo, a quantidade de idosos que não possuíam rendimento foi maior do que nos estudos demonstrados.

Quanto à ocupação, 85,7% eram aposentados, 7,1% não exerciam nenhuma atividade, e 3,5% eram do lar. Segundo Parahyba (2005) 68,7% dos idosos, na Região Centro-Oeste, eram aposentados e/ou pensionistas. Esses dados referentes à aposentadoria são superiores aos identificados também por Giatti e Barreto (2003) que em 2886 idosos do sexo masculino, 68,4% eram aposentados, em dez regiões metropolitanas brasileiras.

Lima-Costa et al. (2003) analisaram os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) em 1998, e concluíram que os idosos com renda mais baixa apresentam piores condições de saúde, pior função física e um menor uso dos serviços de saúde. A renda, além de proporcionar maior autonomia aos idosos, possui um papel fundamental na saúde dos indivíduos ou de uma população.

Em relação ao número de filhos, 46,4% dos idosos possuíam de um a três filhos, 21,4% quatro a seis filhos, 14,3% sete ou mais e 3,6% não possuíam filhos.

Identificou-se que 57,1% dos gerontes residiam com o cônjuge, filhos ou netos, 17,9% com filhos ou outro parente, 17,9% somente com o cônjuge, 7,1% moravam sozinhos. Essa característica dos idosos residirem em domicílio multigeracionais são confirmados no estudo realizado por Coelho Filho e Ramos (1999) na cidade de Fortaleza, sendo que 40,3% residiam com esposo (a) e/ou filhos, e/ou genros ou noras e 35,0% com filhos e/ou genros, ou noras e netos. Uma minoria morava somente com o cônjuge e 6,3 moravam sozinhos. Ramos (2003) encontrou em São Paulo mais de 50,0% de idosos residindo em domicílios multigeracionais, sendo a maioria com filhos casados e com netos e apenas 10,0% dos idosos vivem sós. Pesquisa feita em um distrito sanitário de Goiânia revelou que 43,8% moravam com duas a três gerações, 25,7% uma geração, 19,0% com outros parentes e amigos, 10,5% sozinhos (NAKATANI et al., 2003). Os dados encontrados se assemelham aos estudos descritos, mostrando um traço cultural brasileiro, em que os idosos residem em domicílios multigeracionais. Esse tipo de arranjo familiar evidencia um suporte ao geronte.

Dessa forma, pode-se afirmar que, vários pontos em relação aos aspectos sociais e econômicos, esta amostra se aproxima do perfil de idosos brasileiros (NUNES; NAKATANI, 2006; LEBRÃO; LAURENTI, 2005; RAMOS, 2003; BRASIL, 2002b).

A Tabela 2 mostra que 85,7% dos idosos estavam em processo de reinternação, que 50,0% tinham duas ou mais doenças e foram encaminhados do PS (57,1%) ou ambulatório (32,1%).

Tabela 2 - Distribuição das características relacionadas à saúde dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola da Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007.

Característica	Sexo Feminino		Sexo Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Encaminhamento						
Ambulatório	0	0	9	32,1	9	32,1
Pronto Socorro	5	17,9	11	39,2	16	57,1
Transferência	0	0	1	3,6	1	3,6
UBS	2	7,1	0	0	2	7,1
Outras internações						
Não	0	0	4	14,3	4	14,3
Sim	7	25,0	17	60,7	24	85,7
Número de doenças						
1	1	3,6	6	21,4	7	25,0
2 a 3	3	10,7	11	39,3	14	50,0
4 ou mais	3	10,7	4	14,3	7	25,0

O envelhecimento torna o indivíduo mais vulnerável a desenvolver doenças crônicas, aumentando a necessidade de utilizar o sistema de saúde em diferentes níveis de atenção à saúde. Essas doenças exigem tratamento contínuo, uma vez que para a maioria não possui cura e isso gera um grande impacto no sistema de saúde, na qualidade de vida, por aumentar as chances de ele ter seqüelas, perda de autonomia e independência e aumento das chances de óbito (SIQUEIRA et al., 2004).

Em relação à referência, verificou-se que apenas 7,1% das idosas foram encaminhados pela UBS e 3,6% vieram transferidos de outras instituições do município e passaram pela triagem desse hospital.

Cecilio (1997) acrescenta que a rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a “porta de entrada” mais importante para o sistema de saúde e essa entrada continua sendo pelos hospitais, seja ele público ou privado, por meio dos seus serviços de urgência/emergência e dos ambulatórios. Isso é comprovado pelo fato dos atendimentos hospitalares serem expressivamente maiores do que o

atendimento total feito nas unidades básicas de saúde, na maioria dos municípios nos quais exista a alternativa de acesso ao hospital.

Dos idosos pesquisados, 85,7% tinham internações anteriores. Alvarenga e Mendes (2003) investigaram 262 idosos, no hospital de Marília-SP e encontraram 66,2% de readmissões. Negri et al. (2004) estudaram 103 idosos de uma comunidade do estado do Espírito Santo e concluíram que 73,8% dos entrevistados nunca foram internados, 15,5% internados apenas uma vez, 6,8% duas ou três vezes e 3,9% mais de três vezes. Peixoto et al. (2004) descreveram que os idosos representam 14,3% da população adulta e contribuem com 33,5% das internações hospitalares dessa população e 37,7% dos recursos pagos pelas mesmas.

Esses dados sugerem uma desarticulação entre os níveis de atenção a saúde, uma vez que a atenção básica não consegue estabilizar o quadro de saúde desta pessoa e a instituição hospitalar atua combatendo os sinais e sintomas, não enfocando a causa das doenças.

Siqueira et al. (2004) descreveram as alterações da capacidade funcional de idosos durante a internação hospitalar em uma enfermaria geriátrico-gerontológica e observaram que a maioria dos idosos voltou para a comunidade com necessidade de alguma forma de assistência para os cuidados pessoais, mobilidade e locomoção, acentuando assim a importância do papel da família e da equipe de saúde para o cuidado desses idosos.

O cuidado oferecido ao idoso deve estimular a sua independência e autonomia, combatendo as causas que desestabilizaram o quadro hemodinâmico na última internação, no intuito de contribuir para que o idoso não se reinterne.

Em relação às doenças, 50,0% dos idosos eram portadores de duas a três, seguidos de quatro ou mais enfermidades (25,0%). Estudos realizados no Brasil com

base populacional, identificaram que 85,0% dos idosos apresentaram pelo menos uma enfermidade crônica (BRASIL, 2002b). Percebe-se que duas ou mais doenças parecem aumentar as chances de internação.

Dados do SIH-SUS, no período de janeiro a agosto de 2007, revelaram que as doenças cardíacas eram a maior causa de internação hospitalar. Das 1.512.771 internações de idosos no Brasil, 27,7% foram por doenças do aparelho circulatório e 17,6% do aparelho respiratório. Na Região Centro Oeste, foram 14.703 internações sendo 27,3% por doenças do aparelho circulatório e 22,8% do aparelho respiratório (BRASIL, 2007).

No presente estudo, os idosos se internavam mais por doenças cardíacas (64,2%) e por doenças do aparelho respiratório (25,0%). A taxa de internação por doenças cardíacas é superior às taxas anteriormente referidas.

Peixoto et al. (2004) realizaram um estudo no SIH-SUS, com idosos brasileiros, em que foram identificados como principais causas de internação entre idosos a insuficiência cardíaca, bronquite/enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas, pneumonia, doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração que correspondem a 38% dos gastos com internação hospitalar.

A ocorrência de internação não é regra para todos os idosos, mas os dados mostram a quantidade de internações e os gastos hospitalares nessa faixa etária. Desta forma, cabe aos profissionais da saúde atuar na atenção básica, visando ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde dessas pessoas.

Os DE que estão apresentados no próximo item foram identificados utilizando o processo de raciocínio clínico (análise e síntese dos dados) de acordo com Risner (1995). A opção pela apresentação de um caso deve-se ao fato de dar uma maior

transparência ao processo de julgamento clínico realizado, detalhando o processo de análise e síntese que deu origem à identificação dos DE.

O Apêndice E ilustra a apresentação de um caso de um idoso, este processo foi feito com todos da amostra, com o objetivo de identificar os dados necessários para o julgamento das respostas do indivíduo que irão denominar os DE. Este idoso foi selecionado por possuir as características sócio-demográficas mais prevalentes neste estudo como: doenças cardíacas, reinternações hospitalares, sexo masculino, católico e possuir uma quantidade de diagnósticos próximo a frequência máxima identificadas, englobar as categorias de DE reais, de bem-estar e de risco (APÊNDICE E).

4.1 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS NA ADMISSÃO DE IDOSOS EM CLÍNICA MÉDICA

Nesta parte do trabalho será realizada a análise do perfil de diagnósticos encontrados, detalhando os fatores relacionados ou de risco e as características definidoras dos DE.

Foram obtidos 346 DE no total para os 28 idosos hospitalizados. Desses, 57 referiam-se a diferentes categorias de DE, correspondendo a 33,1% dos títulos diagnósticos contidos na Taxonomia II da NANDA (2006). Identificou-se que 40 (70,2%) correspondiam a diagnósticos reais, 10 (17,5%) de risco e 7 (12,3%) de bem-estar.

Houve uma variação de 8 a 18 diagnósticos por idosos, com média de 12,36 ($sd \pm 2,94$) e mediana de 12.

Não foram encontrados estudos abrangentes como este que buscou a identificação de DE em geral, em idosos da clínica médica. As pesquisas

identificadas voltaram-se para idosos em outros cenários ou para o mesmo cenário, contudo, abrangendo a população em geral ou ainda idosos com problema específico. O estudo de Araújo e Bachion (2005) identificou média de 7,43 DE para os idosos da comunidade; Volpato (2001) encontrou uma média de 5,6 diagnósticos em pessoas hospitalizadas na clínica médica; Santana (2004) identificou uma média de quatro diagnósticos em homens prostatectomizadas. Neste estudo, a média de diagnóstico foi maior e isso pode estar relacionado à gravidade das doenças crônico-degenerativas que acometiam os idosos participantes, o tipo de instituição que é um hospital escola e ao período de coleta de dados.

O número elevado de DE encontrados neste estudo parece ser um indicador da complexidade e do desafio para o planejamento e implementação da assistência, na medida em que a enfermagem deve estar preparada tanto tecnicamente quanto em quantitativo de pessoal, para acolher e atender, de forma holística e resolutiva, esta clientela.

A Tabela 3 mostra a frequência das categorias diagnósticas encontradas nos idosos, distribuídas nos domínios da NANDA (2006).

Essa tabela mostra que as respostas humanas dos idosos da amostra foram bastante variadas, identificando-se uma porcentagem de 33,1% das categorias aceitas pela NANDA (2006).

A porcentagem encontrada se assemelha ao estudo de Volpato (2001), no qual se encontrou uma porcentagem de 32,0% dos DE da NANDA (2002) em 60 pessoas internadas em unidades médico-cirúrgicas. Percebe-se uma proximidade das porcentagens encontradas no estudo, e desta forma, pode-se afirmar que há uma diversidade de necessidades e de planejamento no atendimento das necessidades de saúde do idoso.

Tabela 3 - Distribuição das categorias diagnósticas, por domínio, encontradas em idosos na Clínica Médica de um Hospital Escola da Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007.

Categorias Diagnósticas	n	%
Domínio: Promoção da Saúde		
Controle eficaz do regime terapêutico	12	35,3
Disposição para o controle aumentado do regime terapêutico	11	32,4
Disposição para nutrição melhorada	6	17,6
Controle ineficaz do regime terapêutico	5	14,7
Subtotal	34	100,0
Domínio: Nutrição		
Risco de volume de líquidos deficientes	3	42,8
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	2	28,6
Volume excessivo de líquidos	1	14,3
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	1	14,3
Subtotal	7	100
Domínio: Eliminação e Troca		
Incontinência urinária funcional	3	25,0
Eliminação urinária prejudicada	3	25,0
Disposição para eliminação urinária melhorada	2	16,8
Constipação	1	8,3
Risco de constipação	1	8,3
Risco de incontinência urinária de urgência	1	8,3
Risco incontinência fecal	1	8,3
Subtotal	12	100
Domínio: Atividade/Repouso		
Padrão de sono prejudicado	8	15,3
Intolerância à atividade	7	13,5
Fadiga	7	13,5
Mobilidade física prejudicada	7	13,5
Risco de intolerância à atividade	6	11,1
Débito cardíaco diminuído	5	9,6
Ventilação espontânea prejudicada	5	9,6
Estilo de vida sedentário	4	7,9
Deambulação prejudicada	3	5,8
Subtotal	52	100,0
Risco de padrão respiratório ineficaz	3	20,0
Déficit de autocuidado para vesti-se/arrumar-se	3	20,0
Déficit no autocuidado para banho/higiene	3	20,0
Déficit no autocuidado para higiene íntima	3	20,0
Padrão respiratório ineficaz	2	13,3
Déficit no autocuidado para alimentação	1	6,7
Subtotal	15	100,0
Domínio: Percepção/Cognição		
Conhecimento deficiente	23	54,8
Percepção sensorial (visual, auditiva, olfativa e tátil) perturbada	13	30,8
Confusão aguda	2	4,8
Perambulação	1	2,4
Disposição para conhecimento aumentado sobre a doença	1	2,4
Memória prejudicada	1	2,4
Comunicação verbal prejudicada	1	2,4
Subtotal	42	100,0

(Continua)

(Continuação)			
Categorias Diagnósticas		n	%
Domínio: Autopercepção			
Disposição para autoconceito melhorado		23	79,3
Risco de solidão		3	10,5
Risco de sentimento de impotência		1	3,4
Baixa auto-estima situacional		1	3,4
Distúrbio da imagem corporal		1	3,4
Subtotal		29	100,0
Domínio: Relacionamento de Papel			
Disposição para processos familiares melhorados		22	84,6
Processos familiares interrompidos		2	7,7
Desempenho de papel de mãe ineficaz		2	7,7
Subtotal		26	100,0
Domínio: Sexualidade			
Disfunção sexual		4	66,6
Padrões de sexualidade ineficazes		2	33,4
Subtotal		6	100,0
Domínio: Enfrentamento/Tolerância ao Estresse			
Disposição para enfrentamento individual aumentado		17	62,9
Ansiedade		7	26,0
Medo		3	11,1
Subtotal		27	100,0
Domínio: Segurança/Proteção			
Dentição Prejudicada		28	36,3
Risco de infecção		28	36,3
Risco de quedas		16	20,7
Integridade da pele prejudicada		4	5,3
Hipertemia		1	1,3
Subtotal		77	100,0
Domínio: Conforto			
Dor aguda		7	87,5
Isolamento social		1	12,5
Subtotal		8	100,0

No processo de envelhecimento – biológico, psicológico e sociais – vão ocorrendo perdas orgânicas e funcionais, cujo ritmo e intensidade variam de pessoa para pessoa, e que acabam por diminuir a capacidade que cada indivíduo tem para adapta-se ao meio ambiente, tornando-o mais exposto e vulnerável a processos patológicos, que são aquelas alterações produzidas no organismo pelas doenças, levando o indivíduo a um declínio físico natural (SANTOS, 2001).

Ao conhecer os domínios que mais prevaleceram neste estudo, o enfermeiro será capaz de planejar juntamente com o idoso, estratégias e ações que visem a

preservar pelo maior tempo possível, a condição saudável dessa pessoa, por meio de orientações adequadas à família e cuidadores de modo a prevenir complicações advindas da patologia que ocasionaram a internação hospitalar.

Os domínios Princípios da Vida e Crescimento/Desenvolvimento não apresentaram diagnóstico de enfermagem. A ausência de diagnóstico no primeiro domínio pode ser justificada pelo fato do idoso ter sido internado nas primeiras 24 horas e estar, de certa forma, satisfeito por receber um tratamento especializado para a sua saúde. Supõe-se que o prolongar dos dias de internação hospitalar possa contribuir para uma angústia/ansiedade pela cura, favorecendo uma busca pela religiosidade. Berger e Poirier (1995) acrescentam que os idosos mantêm a prática religiosa durante mais tempo do que qualquer outra atividade, mesmo que essa tenha diminuído na idade adulta. Parece que ao envelhece, a pessoa sente o desejo de reatar os laços com a sua religião.

O domínio Crescimento/Desenvolvimento apresenta em sua maioria diagnósticos cuja definição não se aplica ao idoso, justificando assim a ausência desse.

O domínio Enfrentamento/Tolerância ao Estresse apresentou uma baixa prevalência, se comparado aos outros domínios, já que esse possui o maior número de categorias diagnósticas da NANDA (2006).

A quantidade reduzida de diagnóstico pode estar relacionada ao número elevado de pessoas que já tinham sido internadas anteriormente (85,7%), o que proporciona uma experiência prévia, além da confiança que muitos relataram sentir nos profissionais de saúde do hospital.

Observa-se ainda na Tabela 3 que, das 58 categorias diagnósticas, as que obtiveram frequência maior de 50% foram: **dentição prejudicada** (100,0%), **risco**

de infecção (100,0%), **conhecimento deficiente** (82,1%), **disposição para autoconceito melhorado** (82,1%), **disposição para processos familiares melhorados** (72,5%), **disposição para enfrentamento individual aumentado** (60,6%) e **risco de quedas** (57,1%).

Verifica-se que 16 das 57 categorias ocorreram em apenas um (3,57%) idoso, representando 28,0% das categorias diagnósticas encontradas. Esses diagnósticos provavelmente salientam as situações de saúde específicas de alguns idosos estudados, mostrando que, para atender às especificidades, o enfermeiro deve estar capacitado também na identificação e tratamento de diagnósticos que ocorrem com baixa frequência, uma vez que o cuidado de enfermagem deve ser holístico e direcionado para as necessidades apresentadas pelos idosos.

Os diagnósticos que ocorrem com maior frequência foram aqueles que, provavelmente, decorrem de alterações fisiológicas comuns do envelhecimento como as alterações do aparelho cardíaco, respiratório, cognitivo, problemas de memorização e enfraquecimento músculo-esquelético.

Por outro lado, a maturidade adquirida ao longo dos anos propicia ao idoso uma visão melhor de si e uma busca por melhorar relacionamentos familiares, justificando um predomínio dos diagnósticos: Disposição para Autoconceito Melhorado, Disposição para Processos Familiares Melhorados e Disposição para Enfrentamento Individual Aumentado.

Conhecer os domínios de maior prevalência pode ajudar no planejamento de ações de educação permanente, fornecer subsídios para o planejamento de ações a curto, médio e longo prazo, direcionadas ao atendimento das necessidades do idoso, tornando possível orientar tanto o paciente quanto seus familiares para lidarem da forma mais adequada ao enfrentamento dos efeitos do envelhecimento.

Outro ponto importante é a reflexão sobre a atuação da atenção básica, visto que possibilita conhecer quais são as respostas humanas que têm levado os idosos a internarem, proporcionando refletir sobre a qualidade de atendimento da enfermagem nesse nível do Sistema de Saúde.

Será apresentada a seguir a discussão sobre os fatores relacionados/de risco e as características definidoras dos diagnósticos encontrados. Optou-se por apresentar os dados separados por domínio. Seguir-se-á a ordem dos domínios que apresentaram uma porcentagem maior de diagnósticos. Para facilitar a análise os DE reais de bem-estar e de risco serão mostrados em tabelas separadas. Os diagnósticos dos respectivos domínios, assim como seus componentes, em alguns momentos foram aproximados na discussão, considerando a sua inter-relação.

4.1.1 Diagnósticos de enfermagem do domínio Segurança/Proteção

O domínio Segurança/Proteção apresentou três diagnósticos reais: **dentição prejudicada** (100,0%), **integridade da pele prejudicada** (14,2%) e **hipertermia** (3,5%), e dois diagnósticos de risco: **risco de infecção** (100,0%) e **risco de quedas** (57,1%).

A Tabela 4 detalha os fatores relacionados e as características definidoras dos diagnósticos reais.

O diagnóstico **dentição prejudicada** refere-se “a distúrbios nos padrões de desenvolvimento/erupção dentário ou da integridade estrutural dos dentes de um indivíduo” (NANDA, 2006, p. 79). Esse diagnóstico apareceu em 100% da amostra. Abbasi (2002) afirma que até 40% da população idosa é desdentada. Nesse estudo, a prevalência foi muito alta e isso pode estar relacionado ao baixo grau de instrução

desses idosos, dificuldades de acesso ao profissional especializado e hábitos precários de higiene bucal.

Tabela 4 - Distribuição dos fatores relacionados e as características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Segurança Proteção, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Fator Relacionado	f	%	Característica Definidora	f	%
Dentição Prejudicada	28	100,0	-barreiras econômicas e de acesso aos cuidados profissionais	17	60,7	-ausência de alguns todos os dentes	16	57,0
			-higiene oral ineficaz	17	60,7			
			-uso crônico de tabaco	9	32,1	-perda de dentes	11	39,2
			-falta de conhecimento sobre a saúde dental	6	21,4	-dor de dente	1	3,5
			-uso crônico de tabaco e café	5	17,8	-dentes desgastados ou estragados	1	3,5
			-barreiras ao autocuidado	3	10,7			
			-uso de alguns medicamentos prescritos	1	3,5			
Integridade da pele prejudicada	4	14,2	-alterações metabólicas	2	50,0	-destruição das camadas da pele	4	100,0
			-imobilização física	1	25,0			
			-circulação alterada	1	25,0			
Hipertermia	1	3,5	-doença	1	100,0	-aumento da temperatura corporal acima dos parâmetros	1	100,0

As causas identificadas para esse diagnóstico referem-se a barreiras econômicas ou de acesso a outros profissionais (60,7%), higiene oral ineficaz (60,7%), uso crônico de tabaco (32,1%), falta de conhecimento sobre a saúde dental (21,4%), uso crônico de tabaco e café (17,8%), barreiras ao autocuidado (10,7%) e uso de alguns medicamentos prescritos (3,5%).

Araújo et al. (2006) descrevem o levantamento epidemiológico nacional em saúde bucal feito no Brasil com uma amostra de 5.349 idosos. Constataram-se que

o número de dentes perdidos, cariados e restaurados aumenta com a idade, passando de uma média de 20,1 na faixa etária de 35 a 44 anos, para uma média de 27,8 na faixa etária de 65 a 74 anos.

No presente estudo, os idosos apresentavam ausência de alguns ou de todos os dentes (57,0%), perda de dentes (39,2%), dor de dente (3,5%) e dentes desgastados ou estragados (3,5%).

Campos, Monteiro e Ornelas (2000) acrescentam que a ausência de dentes não é consequência natural do envelhecimento, e que os dentes naturais, quando bem tratados, podem permanecer em funcionamento por toda vida. Na terceira idade, as principais causas da ausência de dentes e de uso de próteses totais são decorrentes de cáries não tratadas e da periodontite, embora essas causas possam ser preveníveis com a tecnologia atual. Silva e Fernandes (2001) descrevem que os idosos são de uma época na qual, além da alta prevalência de cárie, os tratamentos eram baseados na extração e na colocação de próteses totais, independente da classe social.

Os idosos dessa amostra relataram dificuldade de acesso ao dentista pelo fato de residirem na zona rural, falta de conhecimento sobre a importância dos cuidados com a boca, além de higiene oral pouco freqüente. Percebe-se que grande parte dos idosos fumaram durante a vida madura e apenas dois fumavam até o momento da coleta de dados. Outro ponto de destaque era que a ida ao dentista só ocorria quando os dentes doíam e o tratamento consistia em extração dos dentes. No exemplo de análise de dados exposto nesta pesquisa, o idoso extraiu os dentes para colocar próteses no lugar por ser uma cultura da época; tempos depois não quis mais usar o dispositivo e atualmente se arrepende de ter feito isso.

Ao se identificar esse diagnóstico na admissão, deve ser reforçado com o idoso a importância da escovação dentária, mesmo para aqueles que não possuem dentes. Deve também ser avaliada a necessidade da contra-referência para um serviço odontológico após a alta hospitalar, já que muitas unidades de saúde oferecem este serviço.

O diagnóstico **integridade da pele prejudicada** apareceu em 14,2% da amostra. A NANDA (2006) o define como epiderme e/ou derme alteradas.

A causa identificada refere-se a alterações metabólicas (50,0%), imobilização física (25,0%) e circulação alterada (25,0%). As características definidoras foram a destruição das camadas da pele em 100,0%.

Os idosos que apresentaram esse diagnóstico já foram internados apresentando úlcera venosa em MMII e um deles foi admitido na clínica médica vindo da UTI, apresentando uma úlcera de decúbito na região sacral.

Potter e Perry (2002) chamam a atenção para o principal aspecto do cuidado de enfermagem que é a manutenção da integridade da pele. Para isso, é importante que a equipe observe constantemente a pele de seus clientes quanto à lesão ou diminuição da integridade da pele que podem ocorrer devido a uma pressão prolongada, irritação da pele ou imobilidade, levando ao desenvolvimento de úlceras de decúbito.

A avaliação da integridade da pele se torna imprescindível, uma vez que o ambiente insalubre, a imunidade diminuída em decorrência do envelhecimento, somada ao processo patológico que causou a admissão hospitalar, favorecem uma piora da lesão, se esta já estiver instalada. Nesse caso, é importante que a enfermagem faça uma evolução diária para detectar avanços ou retrocessos no

processo de cicatrização, avaliando a evolução dos DE, para orientar o idoso no seu autocuidado.

Santos (2001) acrescenta que, uma vez instalada a úlcera, o tratamento inclui-se ações como cuidados com o local da ferida e medidas de apoio, como nutrientes adequados e alívio da pressão visando promover a integridade da pele tanto no hospital como no domicílio.

Quando uma úlcera de decúbito ocorre, o tempo de permanência no hospital e o custo geral total do cuidado de saúde aumentam; por isso, a equipe de enfermagem do hospital deve oferecer meios que propiciem a cicatrização dessa úlcera por meio da seleção de uma cobertura adequada, mudança de decúbito de duas em duas horas, diminuição dos fatores de risco, suporte nutricional, cuidados com o leito evitando rugas e ambiente úmido.

A equipe de enfermagem deve estar bem preparada de forma a contribuir na prevenção da instalação dessa complicação, por meio da identificação dos fatores de risco e condições físicas dos idosos, já que a presença da úlcera tem sido usada como indicador de má qualidade da assistência oferecida dentro do hospital.

A **hipertermia**, que é outro DE deste domínio, teve uma prevalência de 3,57%. A hipertermia refere-se à temperatura corporal elevada acima dos parâmetros normais (NANDA, 2006). Apresentou como fator relacionado a doença (100,0%) e como característica definidora o aumento da temperatura corporal acima dos parâmetros (100,0%).

No estudo de Volpato (2001) com 60 pessoas hospitalizadas em unidade de clínica médica e cirúrgica foi encontrado o diagnóstico de hipertermia em apenas uma pessoa.

Nessa pesquisa, o idoso que apresentou esse diagnóstico foi hospitalizado para troca de cateter de hemodiálise que se havia obstruído. O cateter tinha sido encaminhado para o laboratório para contagem de colônias de microorganismos porque se suspeitava de uma possível infecção.

A hipertermia acontece porque os mecanismos de perda de calor são incapazes de manter o ritmo com a produção excessiva de calor, resultando numa elevação anormal da temperatura corporal. Durante a febre, o metabolismo celular aumenta e o consumo de oxigênio eleva-se. As frequências cardíacas e respiratórias aumentam para atender às necessidades metabólicas do corpo quanto aos nutrientes. O aumento no metabolismo utiliza energia, produzindo calor adicional. Deve-se atentar para as pessoas que têm problemas cardíacos ou respiratórios, pois o desgaste de uma febre pode ser maior. Uma febre prolongada pode debilitar o cliente pela exaustão das reservas de energia e se a demanda de oxigênio não for atendida pela hipoxia (POTTER; PERRY, 2002).

A baixa prevalência desse diagnóstico pode estar relacionada ao fato dos idosos admitidos, no momento da coleta de dados, já terem sido medicados. Por outro lado, a busca por esse diagnóstico torna-se importante para estabilizar o quadro hemodinâmico das pessoas.

O enfermeiro deve, diante desse diagnóstico, conferir se na prescrição médica há antipiréticos prescritos e, se necessário, fazer intervenções não-farmacológicas como a aplicação de compressas frias nas axilas e virilhas e fazer avaliações contínuas para verificar a queda da temperatura.

Os diagnósticos de risco identificados neste domínio são mostrados na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição dos fatores de risco, segundo os diagnósticos do domínio Segurança/Proteção, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).

Diagnóstico de enfermagem	n	%	Fator de risco	f	%
Risco de infecção	28	100,0	-exposição ambiental a patógenos aumentada	25	89,2
			-procedimentos invasivos	23	82,1
			-destruição de tecidos	3	10,7
			-defesas secundárias inadequadas (diminuição da hemoglobina, leucopenia, supressão da resposta inflamatória)	2	7,1
			-doença crônica	1	3,5
			-defesas primárias inadequadas (pele rompida, tecido traumatizado, diminuição da ação ciliar, estase de fluidos orgânicos)	1	3,5
			Risco de quedas	16	57,1
			-história de quedas	9	56,2
			-dificuldades auditivas	5	31,2
			-dificuldades visuais	4	25,0
			-uso de álcool	1	6,2
			-ausência de material antiderrapante <i>em escada</i>	1	6,2

O diagnóstico **risco de infecção** teve uma prevalência de 100,0% na amostra estudada. NANDA (2006, p. 137) o conceitua como “estar em risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos”. Santana (2004) investigou os DE em 30 homens submetidos a prostatectomia, na clínica cirúrgica, encontrando o diagnóstico risco de infecção (100,0%), Flório e Galvão (2003) identificaram esse diagnóstico em 100,0% das pessoas submetidas a cirurgia. Volpato (2001) identificou os diagnósticos em pessoas hospitalizadas na clínica médico-cirúrgica, encontrando o diagnóstico risco de infecção (58,3%).

Os fatores de risco identificados na amostra em estudo foram: procedimentos invasivos (82,1%), exposição ambiental a patógenos aumentada (89,2%), destruição de tecido (10,7%), defesas secundárias inadequadas (7,1%), doença crônica (3,5%) e defesas primárias inadequadas (3,5%).

Para Potter e Perry (2002) os clientes nas instituições de cuidado de saúde têm um risco maior de aquisição de infecções, sendo que as infecções hospitalares resultam da prestação de serviços de saúde no ambiente hospitalar. Esse local é

considerado como o mais propenso à aquisição de uma infecção, por abrigar alta população de espécies virulentas de microorganismos que podem ser resistentes aos antibióticos. O risco de infecção também é influenciado pelo número de profissionais que lidam diretamente com o paciente, a quantidade e o tipo de procedimentos invasivos, a forma de assistência que é dispensada e o tempo de hospitalização dessa pessoa.

Com o envelhecimento, o idoso se torna mais suscetível a adquirir infecção hospitalar devido às alterações fisiológicas, aumento das internações hospitalares, presença de doenças crônicas, declínio da resposta imunológica e realização de procedimentos invasivos.

Boas e Ruiz (2004) identificaram em idosos internados em um Hospital Universitário que a taxa de infecção hospitalar foi de 23,6%. As prevalências de infecção hospitalar foram de 27,6% de origem respiratória, 26,4% do trato urinário e 23,6% do sítio cirúrgico. A taxa de mortalidade dos pacientes internados foi de 9,6% e a de letalidade dos pacientes com infecção hospitalar de 22,9%.

Alguns estudos sobre DE identificaram o diagnóstico risco de infecção, demonstrando uma prevalência desses nas pesquisas (BASSO; PICCOLI, 2004; SANTANA, 2004; MARTINS, 2004; FLÓRIO; GALVÃO, 2003, GALDEANO; ROSSI; NOBRE, 2003; VOLPATO, 2001; MARIN; BARBOSA; TAKITANE, 2000).

Diante desses dados, o enfermeiro deve planejar um cuidado focado na prevenção de infecção, atentando para os procedimentos que serão realizados, eliminando os focos de infecção, estimulando a manutenção adequada do estado nutricional dos idosos, verificando cartão vacinal quanto à vacina da influenza, pneumococo, dupla adulto, febre amarela, além de hábitos de higiene da equipe

como lavagem constante das mãos, dentre outras ações que podem ser estimuladas no ambiente hospitalar.

Outro diagnóstico presente nesse domínio foi o **risco de quedas** em 57,1% da amostra. É definido como “Suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico” (NANDA, 2006, p. 196).

Paschoalin et al. (2004) citam alguns fatores que contribuem para a queda dos idosos como: alterações fisiológicas do processo de envelhecimento, doenças, efeitos provocados pelo uso de alguns medicamentos e o meio-ambiente inadequado às suas condições físicas.

Esse estudo identificou como fator de risco a idade maior que 65 anos (75,0%), histórico de quedas (56,2%), dificuldades auditivas (31,2%), dificuldades visuais (25,0%), uso de álcool (6,2%) e ausência de material antiderrapante *em escada* (6,2%).

A queda de pessoas idosas é uma causa crescente de lesões, custos de tratamento e morte (WHO, 2005). As conseqüências das lesões sofridas em uma idade mais avançada são mais graves do que entre pessoas mais jovens. Quanto à gravidade das lesões, as pessoas idosas experimentam mais incapacidades, período de internação mais longo, extensos períodos de reabilitação, maior risco de dependência posterior e de morte, se comparadas aos jovens.

Os idosos relataram histórico de quedas no ambiente domiciliar e na rua. Houve uma idosa que caiu dentro do ambiente hospitalar, no dia da admissão por acreditar que a equipe de enfermagem estaria apoiando-a para levantar. Como as camas são altas, ela caiu e apresentou hematomas pelo corpo.

No hospital em estudo, a clínica médica estava passando por um período de reforma e alguns leitos do PS foram cedidos à clínica médica. A idosa que caiu

encontrava-se no PS, onde os leitos são muito próximos uns dos outros, não há local para o acompanhante colocar sua cadeira, os banheiros são muito apertados, o que dificulta a prevenção de quedas.

O Ministério da Saúde recomenda que no ambiente hospitalar as medidas nos quartos para adultos devem ser calculadas utilizando um padrão de 6,0 m² por leito em enfermarias de três a seis leitos. O número máximo de leitos por enfermaria é de seis e a distância entre os leitos paralelos deve ser de no mínimo um metro. De acordo com Santos (2001), uma altura da cama entre 55 a 65 centímetros é necessária para permitir à pessoa idosa sentar-se e levantar-se do colchão (BRASIL, 1994).

A equipe de enfermagem deve atentar para o risco de queda dentro do hospital e juntamente com a direção da instituição respeitar as normas de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. É importante considerar que a quantidade de idosos está aumentando, o ambiente hospitalar não é familiar, o espaço é pequeno e dividido com pessoas desconhecidas e existe um processo patológico instalado na admissão que pode interferir no equilíbrio e locomoção do idoso. Devem-se ainda de acordo com WHO (2005) amenizar os obstáculos do ambiente, como pouca iluminação, pisos escorregadios ou irregulares e a falta de corrimão para apoio.

Os diagnósticos de risco devem ser identificados uma vez que são passíveis de prevenção, tanto no ambiente hospitalar quanto no ambiente domiciliar. E devido à predisposição do idoso para adquirir doenças desencadeadas pelas alterações fisiológicas; a prevenção torna-se o meio mais viável para um planejamento a curto, médio e longo prazo, com o intuito de evitar as incapacidades, dependência de outras pessoas e a morte em consequência das quedas.

O domínio Segurança/Proteção visa proteger a pessoa contra os riscos presentes no ambiente hospitalar e no domicílio, possibilitando um maior controle de variáveis que interferem no estado de saúde, por meio de orientações adequadas ao idoso, família/cuidadores, com o intuito de prevenir complicações advindas do ambiente externo, da patologia ou dos procedimentos que foram realizados durante a internação hospitalar, considerando que, devido às mudanças fisiológicas ocasionadas pelo envelhecimento, o idoso está mais vulnerável a estes riscos.

4.1.2 Diagnósticos de enfermagem do domínio Atividade/Repouso

O domínio Atividade/Repouso apresentou treze diagnósticos reais: **padrão de sono prejudicado** (28,5%), **fadiga** (25,0%), **mobilidade física prejudicada** (25,0%), **intolerância à atividade** (25,0%), **ventilação espontânea prejudicada** (17,8%), **débito cardíaco diminuído** (17,8%), **deambulação prejudicada** (10,7%), **estilo de vida sedentário** (14,2%), **déficit de autocuidado para vestir-se/arrumar-se** (10,7%), **déficit de autocuidado para banho/Higiene** (10,7%), **déficit de autocuidado para higiene íntima** (10,7%), **padrão respiratório Ineficaz** (7,1%), e **déficit de autocuidado para alimentação** (3,5%) e dois diagnósticos de risco: **risco de intolerância à atividade** (21,4%), **risco de padrão respiratório ineficaz** (10,7%).

A Tabela 6 detalha os fatores relacionados e as características definidoras dos diagnósticos reais deste domínio.

O diagnóstico **intolerância à atividade** refere-se “à energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas” (NANDA, 2006, p. 33). Esse diagnóstico apareceu em 25,0% da amostra.

Tabela 6 - Distribuição dos fatores relacionados e características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Atividade/Repouso, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Fator Relacionado	f	%	Característica Definidora	f	%
Padrão de sono perturbado	8	28,5	-falta de ar	4	50,0	-queixas verbais de dificuldade para adormecer	3	37,5
			-urgência urinária	1	12,5	-despertares prolongados	3	37,5
			-ansiedade	1	12,5	-despertares mais cedo do que o desejado	2	25,0
			-pensamentos ruminantes -pré-sono	1	12,5	-queixas verbais de não se sentir bem descansado	2	25,0
			-barulho	1	12,5	-insatisfação com o sono	1	12,5
			-iluminação	1	12,5			
			-uso de medicamentos	1	12,5			
Mobilidade física prejudicada	7	25,0	-restrições de movimentos prescritas	3	42,8	-lentidão de movimentos	4	57,1
			-desconforto e dor	2	28,5	-capacidade limitada para desempenhar habilidades motoras grossas.	3	42,8
			-prejuízos, neuromusculares	1	14,2	-respiração curta induzida pelo movimento.	2	28,5
			-enrijecimento das articulações	1	14,3	-mudanças na marcha (velocidade de marcha diminuída)	1	14,2
Fadiga	7	25,0	-estado de doença	6	85,7	-incapacidade de manter o nível habitual de atividade física	6	85,7
			-condição física debilitada	3	42,8	-cansaço	7	28,5
			-anemia	1	14,2	-incapacidade de restaurar energias mesmo após o sono	2	28,5
Intolerância à atividade	7	25,0	-desequilíbrio entre a oferta e demanda de oxigênio	4	57,1	-relato verbal de fraqueza	5	71,4
			-fraqueza generalizada	2	28,5	-dispnéia de esforço	2	28,5
			-estilo de vida sedentário	1	14,2	-resposta normal da pressão sanguínea à atividade	1	14,2

(Continua)

(Continuação)										
Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Fator Relacionado	f	%	Característica Definidora	f	%		
Débito cardíaco diminuído	5	17,8	-ritmo/frequência cardíaca alterado	5	100,0	-arritmias (taquicardia)	3	42,8		
						-distensão da veia jugular	1	14,2		
						-mudanças no ECG	1	14,2		
						-pele fria e pegajosa	1	14,2		
						-arritmias (bradicardia)	1	14,2		
						-palpitações, agitação	1	14,2		
Ventilação espontânea prejudicada	5	17,8	-fatores metabólicos -doença pulmonar	3	60,0	-dispnéia	5	100,0		
						2	40,0	-frequência cardíaca aumentada	2	40,0
Estilo de vida sedentário	4	14,2	-conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde -falta de recurso (tempo) -falta de motivação	2	50,0	-escolhe uma rotina diária sem exercícios físicos	4	100,0		
									1	25,0
									1	25,0
Deambulação prejudicada	3	10,7	-edema nos MMII e problemas articulares -dispnéia	2	66,6	-capacidade prejudicada de andar as distâncias necessárias	3	100,0		
									1	33,3
Déficit de autocuidado para vestir-se/arrumar-se	3	10,7	-fraqueza ou cansaço	3	100,0	-capacidade prejudicada para repor artigos de vestuário	3	100,0		
Déficit no autocuidado para banho/higiene	3	10,7	-fraqueza, cansaço	3	100,0	-incapacidade de chegar à fonte de água	3	100,0		
						-entrar e sair do banheiro	2	66,6		
Déficit no autocuidado para higiene íntima	3	10,7	-fraqueza ou cansaço	3	100,0	-chegar ao vaso sanitário	3	100,0		
Padrão respiratório ineficaz	2	7,1	-energia diminuída/fadiga	2	100,0	-dispnéia	1	50,0		
						-uso contínuo de O ₂ .	1	50,0		
Déficit no autocuidado para alimentação	1	3,5	-fraqueza, cansaço	1	100,0	-completar uma refeição, trazer alimentos de um recipiente para a boca	1	100,0		

As causas identificadas para o aparecimento deste diagnóstico foram: desequilíbrio entre a oferta e demanda de oxigênio (57,1%), fraqueza generalizada (28,5%), e estilo de vida sedentário (14,2%). As características definidoras

identificadas foram o relato verbal de fadiga ou fraqueza (71,4%), dispnéia de esforço (28,5%) e resposta anormal da pressão sangüínea à atividade (14,2%).

Os fatores relacionados do diagnóstico **intolerância à atividade** estão ligados diretamente ao tipo de doença manifestada, já que idosos que tiveram este diagnóstico apresentavam como patologia de base as doenças do aparelho cardíaco (17,8%) e do aparelho respiratório (7,2%). Araújo e Bachion (2005) identificaram este diagnóstico em 45,3% dos idosos da comunidade de Goiânia atendidos em uma equipe da ESF em que 57,3% referiram possuir o diagnóstico médico de hipertensão arterial. Estes dados sugerem que as doenças cardio-respiratórias reduzem a oxigenação dos tecidos, diminuindo desta forma a energia necessária para desempenhar as atividades como: prática de atividade física, autocuidado, cuidados com o lar e objetos pessoais. Isto é consequência do desequilíbrio entre a oferta e demanda de oxigênio e a fraqueza causada por aquelas patologias.

Carvalho Filho e Papaléo Netto (2000) afirmam que, em condições basais, a função cardíaca é suficiente para as necessidades orgânicas. No entanto, em atividades que exigem esforços a reduzida capacidade de reserva pode ser responsável pela descompensação.

Um idoso relatou que, antes da doença, andava de bicicleta e que atualmente anda 200 metros e sente dores no peito e palpitação, por isto não pratica atividade física. Estas dores apareceram há seis meses e no momento da coleta de dados estava internado em fase de investigação diagnóstica, com possibilidade de realização de cateterismo cardíaco.

Diante disso, o enfermeiro pode intervir por meio da promoção de atividades. Sendo que para os indivíduos com problemas respiratórios podem-se aplicar exercícios para aumentar a capacidade respiratória, estimular a realização das AVD;

enquanto que, para as pessoas com função cardíaca prejudicada deve-se monitorar cuidadosamente a resposta à atividade, estimular a adaptação ao estilo de vida.

A resposta humana **risco de intolerância à atividade** prevaleceu em 21,4% dos indivíduos pesquisados. É definido pela NANDA (2006, p. 34) como “estar em risco de experimentar energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas”. Os principais fatores de risco foram: presença de problemas circulatórios/respiratórios (83,3%) e estado de não-condicionamento físico (16,6%), conforme mostra a Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição dos fatores de risco, segundo o diagnóstico Risco de Intolerância à Atividade, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).

Diagnóstico de enfermagem	n	%	Fator de risco	f	%
Risco de intolerância à atividade	6	21,4	-Presença de problemas circulatórios/respiratórios	5	83,3
			-estado de não-condicionamento físico	1	16,6

Esta ocorrência foi semelhante à encontrada no estudo de Araújo e Bachion (2005) que identificaram em 25,3% a presença deste diagnóstico em idosos da comunidade de Goiânia.

Os idosos que apresentaram este diagnóstico possuíam doenças relacionadas ao sistema cardio-respiratório e apenas uma estava muito debilitada, recebendo hemotransfusão e aguardando a conclusão do diagnóstico médico.

O enfermeiro deve ter conhecimento da resposta apresentada pelo idoso por meio do monitoramento dos sinais vitais, da capacidade cardíaca e respiratória antes e após alguma atividade. O acompanhamento deste idoso na atenção básica deve ser ainda mais minucioso, pois este profissional deve planejar cuidados que visem estabilizar e controlar a doença, minimizando a intolerância à atividade.

As doenças cardiovasculares são as enfermidades mais prevalentes nos idosos e que comprometem a qualidade de vida desses indivíduos. Normalmente,

essa população é atendida pela demanda espontânea nas UBS's ou participam dos programas de Hipertensão e Diabetes (Hiperdia) oferecidos pelo Ministério da Saúde por meio das equipes da ESF (NUNES; NAKATANI, 2006). É importante ressaltar que a ESF não atendem toda a população, enfocando somente as comunidades mais carentes, além disso, trata-se de uma estratégia recente que carece de adequada capacitação dos seus profissionais em relação à clínica ampliada à saúde do idoso.

É importante ressaltar que a ESF do Município em que foi feita a coleta de dados apresentam uma cobertura de 35% da população, sendo que dos 83.411 habitantes idosos a ESF abrange 29.893 idosos. As ESF são distribuídas priorizando as comunidades mais carentes do município (BORGES; PONTES, 2006). Trata-se de uma estratégia recente que carece de adequada capacitação dos seus profissionais em relação à clínica ampliada à saúde do idoso.

O diagnóstico **fadiga** foi observado em 25,0% dos idosos admitidos na clínica médica. Entende-se por **fadiga** “uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual” (NANDA, 2006, p. 115). Os fatores relacionados a esta resposta humana foram: estado de doença (85,7%), condição física debilitada (42,8%), anemia (14,2%). Apresentou como característica definidora a incapacidade de manter o nível habitual de atividade física (85,7%), cansaço (28,5%), incapacidade de restaurar as energias, mesmo após o sono (28,5%) e incapacidade de manter as rotinas habituais (14,2%).

Torna-se importante destacar a diferença entre os diagnósticos **intolerância à atividade** e **fadiga**. No primeiro, há redução na capacidade psicológica de uma pessoa para realizar atividades no grau desejado ou exigido; porém esta pessoa pode ser auxiliada a fortalecer a sua resistência, aumentando desta forma sua

atividade. Na segunda, o indivíduo apresenta uma sensação avassaladora de exaustão e capacidade reduzida para o trabalho físico e mental que não é aliviada pelo repouso e não se concentra em aumentar sua atividade (CARPENITO, 2002).

A **fadiga**, quando tem significado patológico, pode estar vinculada a diferentes estados clínicos como infecções agudas, carências nutricionais, neoplasias, descompensação de doença cardíaca e artropatias (MENEZES; CAMARGO, 2006).

Menezes e Camargo (2006) realizaram uma revisão bibliográfica sobre o diagnóstico **fadiga** e perceberam que são poucas as literaturas de Enfermagem sobre o tema, assim como as propostas de intervenção e tratamento. Os mecanismos que desencadeiam a fadiga são pouco conhecidos, mostrando que sua definição ainda não é unânime, o que torna um desafio aprofundar os conhecimentos nesta temática.

Todos os idosos que apresentaram **fadiga** também apresentaram o **DE intolerância à atividade** ou o **risco de intolerância à atividade**, o que reforça que deve ser investigada em estudos futuros a associação entre estes diagnósticos e quem sabe, identificar síndromes que caracterizam cada um.

Sugere-se como estratégia para lidar com a fadiga que seja realizada ações de cunho educativo, aconselhamento, intervenções de origem não farmacológica e farmacológica. A fadiga pode mudar de padrão com o tempo; desta forma avaliações relacionadas com o desenrolar da doença, seu tratamento, a situação do paciente e as estratégias utilizadas para o tratamento de outros sintomas existentes devem ser realizadas repetidamente pela equipe de enfermagem (MENEZES, CAMARGO, 2006).

O diagnóstico **estilo de vida sedentário** é conceituado como um “hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física” (NANDA, 2006,

p. 112). Apareceu em 14,2% da amostra, apresentando como fator relacionado o conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde (50,0%), falta de recurso (tempo) em 25,0% e falta de motivação (25,0%). As características definidoras em 100,0% foram escolher uma rotina diária sem exercícios físicos.

Os idosos que apresentaram este diagnóstico possuíam condições físicas de praticar uma atividade física, porém, não as realizavam pelos motivos descritos acima, nas características definidoras. Um idoso chegou a relatar que não fazia exercício físico porque este era para as pessoas novas e os idosos não precisam disto, por não ser mais possível obterem resultados positivos. Percebe-se que a falta de conhecimento sobre um determinado assunto faz com que as pessoas deixem de promover a sua saúde e de desfrutar dos benefícios desta atividade.

Assis e Araújo (2004) acrescentam que os principais benefícios da atividade física são aumento da flexibilidade e amplitude dos movimentos, aumento da massa muscular e diminuição da gordura corporal, perda de peso pelo consumo energético, melhora do sono, controle da ansiedade e depressão, melhora da circulação local e da nutrição dos músculos, melhora da perda óssea, melhora da capacidade cardiopulmonar, melhora das dores articulares relacionadas à má postura. Daí a importância de se pesquisar o diagnóstico estilo de vida sedentário.

Tanto no hospital quanto na atenção básica, os profissionais da saúde devem estimular os idosos a realizarem algum tipo de atividade física e para isto devem ter um acompanhamento profissional com o intuito de evitar um esforço físico excessivo que sobrecarregue o organismo.

O diagnóstico **mobilidade física prejudicada** refere-se à “limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo de uma ou mais extremidades”

(NANDA, 2006, p. 155). Este diagnóstico esteve presente em 25,0% da amostra e apresentou como fator relacionado restrições de movimentos prescritas (42,8%), desconforto e dor (28,5%), prejuízos neuromusculares (14,2%) e enrijecimento das articulações (14,3%). As características definidoras identificadas foram a lentidão de movimentos (57,1%), capacidade limitada para desempenhar habilidades motoras grossas (42,8%), respiração curta induzida pelo movimento (28,5%) e mudanças na marcha (14,2%).

Araújo e Bachion (2005) estudaram os diagnósticos do padrão mover em 75 idosos cadastrados por uma equipe do Programa Saúde da Família (PSF) de Goiânia-GO e encontraram em 92% destes o diagnóstico de enfermagem **mobilidade física prejudicada**. Volpato (2001) identificou em um hospital de Londrina que este diagnóstico esteve presente em 26,6% dos idosos. Tal dado se assemelha ao do presente estudo, assim como o fator relacionado (restrições de movimentos prescritas).

Os idosos que apresentaram este diagnóstico conseguiam se locomover de forma lenta, alguns sentiam dificuldade e dor ao trocar de passo e em determinados momentos se apoiavam nas superfícies ou nas pessoas. O grau de incapacidade física está intimamente relacionado com o nível de independência para o autocuidado, capacidade de locomoção e transferências.

Araújo e Bachion (2005) reforçam que o diagnóstico mobilidade física prejudicada não está necessariamente relacionado à incapacidade, mas sobretudo à fisiologia do envelhecimento, à falta de atividade física regular, à sensação dolorosa e a hábitos de vida.

Outro diagnóstico identificado relacionado a movimentação foi a **deambulação prejudicada** que ocorreu em 10,7% e se refere “à limitação independente, a pé, pelo

ambiente” (NANDA, 2006, p. 74). Esse DE não possui a descrição de fatores relacionados na taxonomia. Para este DE é sugerido como fator relacionado *edema nos MMII e problemas articulares* (66,6%) e a *dispnéia* (33,3%) e como característica definidora a *capacidade prejudicada de andar as distâncias necessárias* (100,0%).

Observou-se que dois idosos possuíam como diagnóstico médico a ICC e um a pneumonia. Ambas causam desconforto respiratório e as doenças cardíacas interferem na vascularização dos tecidos ocasionando o edema.

Os idosos que apresentaram este diagnóstico não estavam conseguindo deambular no momento da coleta de dados, mas apresentaram relato de marcha domiciliar, sozinho ou com apoio de outras pessoas. Esses apresentavam prognóstico de retornar a andar após estabilidade do quadro patológico que ocasionou a internação.

As alterações na marcha podem ocorrer por disfunções motoras, de sensopercepção, equilíbrio ou déficit cognitivo. A dinâmica do aparelho locomotor sofre alterações com a redução da amplitude dos movimentos, tendendo a modificar a marcha, passos mais curtos e mais lentos com tendência a arrastar os pés, a base de sustentação se amplia e o centro de gravidade corporal tende a se adiantar em busca de maior equilíbrio (BRASIL, 2006a).

Uma intervenção precoce, dentro do ambiente hospitalar, deve ser a de estimular o exercício regular a população idosa para que se evite a exacerbação das alterações fisiológicas do envelhecimento (NETTINA, 2003).

Algumas atividades podem ser desenvolvidas na unidade básica com o intuito de melhorar a flexibilidade do idoso, amenizando as dificuldades da marcha, como as caminhadas, alongamentos, encaminhamentos para grupo de terceira idade disponível na comunidade. Por meio da interdisciplinaridade, com as profissões de

enfermagem, fisioterapia e de educação física, podem elaborar propostas criativas com o intuito de melhorar a deambulação, sedentarismo e a mobilidade física. Trata-se de uma perspectiva que pode não estar muito distante, uma vez que estes profissionais serão integrados aos núcleos de Saúde da Família.

O diagnóstico **débito cardíaco diminuído** ocorreu em 17,8% da amostra e é conceituado como a “quantidade insuficiente de sangue bombeado pelo coração para atender às demandas metabólicas corporais” (NANDA, 2006, p. 73). Possui como fator relacionado o ritmo/freqüência alterado (100,0%) e como característica definidora as arritmias (taquicardia) em 42,8%, distensão da veia jugular (14,2%), mudanças no ECG (14,2%), pele fria e pegajosa (14,2%), arritmias (bradicardia) em 14,2%, palpitações, agitação (14,2%).

Brandão et al. (2002) afirmam que a pressão arterial é o resultado do produto do débito cardíaco e da resistência vascular periférica. No idoso, observa-se um aumento da resistência periférica, com redução do débito cardíaco, ao contrário do jovem, em que o débito cardíaco encontra-se elevado com pouca alteração na resistência vascular periférica.

A V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2006) afirma que a pressão arterial aumenta linearmente com a idade e a hipertensão arterial tem sido a causa de 40% das mortes por AVC e 25% das doenças coronarianas. Em indivíduos jovens, a hipertensão decorre, mais freqüentemente, apenas da elevação na pressão diastólica (PD), enquanto a partir da sexta década o principal componente é a elevação da pressão sistólica.

Bachion et al. (1995) investigaram os DE em 22 pessoas com alterações cardíacas internadas em um hospital escola. O débito cardíaco foi identificado em 7,79%. Estas autoras referiram ser esperado este diagnóstico em pacientes

portadores de patologias cardíacas, devido ao comprometimento dos mecanismos reguladores que ocorre nestes casos.

Glashan, Santos e Oliveira (1999) caracterizaram o perfil de 68 idosos internados em unidade clínica identificando que 23,8% destes usam medicamentos que atuam no sistema cardio-respiratório e vascular, estando estes intimamente relacionados à manutenção da homeostase da pressão arterial, da regulação do volume do líquido extra-celular e do equilíbrio da função respiratória.

Alguns estudos têm mostrado que as doenças cardíacas são as principais causas de internação hospitalar (AMARAL et al., 2004; CASELLI, 1998; LOYOLA FILHO et al., 2004; PEIXOTO et al., 2004; SIQUEIRA et al., 2004) corroborando com o atual estudo. Destaca-se a importância de se investigar as doenças cardíacas, para que se possam atuar nas causas durante o processo de internação hospitalar fazendo com que o idoso seja inserido na comunidade com seu quadro de comprometimento cardíaco estável.

A mudança de estilo de vida é indicada no tratamento das doenças cardíacas como a redução do peso, diminuição de sal na dieta, moderação no consumo de bebida alcoólica e cigarro, prática regular de atividade física.

Outro diagnóstico encontrado neste domínio refere-se ao **padrão respiratório ineficaz** com prevalência de 7,1%. A NANDA (2006, p. 204) define este diagnóstico como “a inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada”. Apresentou como fator relacionado em 100,0% a energia diminuída/fadiga e como característica definidora a dispnéia (50,0%) e *uso contínuo de oxigênio* (50,0%).

Os idosos que apresentaram este diagnóstico possuíam ICC e o outro Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). No momento da coleta de dados, apresentavam-se com dificuldade respiratória em decorrência da descompensação

da doença que foi a causa da hospitalização. Esta descompensação levou ao quadro de dispnéia e uso contínuo de oxigênio.

Todas as estruturas relacionadas à respiração alteram no envelhecimento. As articulações sinoviais que ficam entre o esterno e as cartilagens costais desaparecem e os elementos ósseos e cartilagosos se fundem. Há diminuição da resposta ventilatória às variações das pressões parciais do oxigênio e de gás carbônico no sangue. Também diminui a elasticidade, dilatação dos bronquíolos respiratórios, dos ductos e sacos alveolares; em consequência dessas modificações, há insuficiência respiratória restritiva, obstrutiva e disfuncional. No entanto, esta deficiência torna-se evidente apenas em condição de esforço ou quando o idoso apresenta um processo patológico pulmonar, que vai somar-se às alterações determinadas pelo envelhecimento (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2000; PAPALÉO NETTO, 1996).

No ambiente hospitalar, a terapêutica medicamentosa visa contribuir na estabilização da doença, o que proporcionará um maior conforto para estas pessoas. O uso de oxigênio auxilia no alívio dos sintomas, enquanto o organismo reage ao tratamento. Diante disso, diversas ações da equipe de enfermagem podem atuar na disfunção respiratória como a prevenção desses agravos, redução ou eliminação dos fatores contribuintes, monitoração do estado respiratório e o controle da disfunção respiratória.

Foi identificada a necessidade de sugerir o diagnóstico **risco de padrão respiratório ineficaz** que não está catalogado na NANDA (2006). Este diagnóstico apresentou uma prevalência de 10,7% e teve como fator relacionado a energia diminuída/fadiga (100,0%), conforme mostra a Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição dos fatores de risco, segundo o diagnóstico do domínio Atividade/Repouso, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).

Diagnóstico de enfermagem	n	%	Fator de risco	n	%
Risco de padrão respiratório ineficaz	3	10,7	Energia diminuída/fadiga	3	100,0

Este diagnóstico de risco foi relatado, pois os pacientes apresentavam desconforto respiratório ocasional, queixando-se de dispnéia em alguns momentos do dia. A doença de base que ocasionou a hospitalização foi a Hipertensão Arterial, Hipertensão Portal secundária e Insuficiência Renal Crônica. A estabilização do quadro destas doenças contribuirá para amenizar a presença deste diagnóstico.

O diagnóstico **ventilação espontânea prejudicada** ocorreu em 17,8% da amostra. A definição deste diagnóstico refere-se a “reservas de energia diminuídas, resultando em uma incapacidade do indivíduo de manter respiração adequada para sustentação da vida” (NANDA, 2006, p. 234). As causas do aparecimento deste diagnóstico referem-se aos fatores metabólicos (60,0%) e *doença pulmonar* (40,0%). Apresentou como características definidoras a dispnéia (100,0%) e FC aumentada (40,0%).

Gorzoni e Russo (2002) descrevem que as principais alterações fisiológicas são a perda das propriedades de retração elástica do pulmão, enrijecimento da parede torácica e diminuição da potência motora e muscular. Vários fatores podem afetar a função pulmonar como o tabagismo, poluição ambiental, exposição profissional, doenças progressivas pulmonares ou não, diferenças socioeconômicas, constitucionais e raciais que podem agravar o processo de envelhecimento.

Godoy et al. (2001) avaliaram 1.200 internações em um hospital do Rio Grande do Sul, identificando que 228 (19%) apresentaram como causa primária enfermidade respiratória. As causas mais frequentes de admissão hospitalar foram a DPOC em 94 pacientes (41,3%), pneumonias em 68 (29,8 %) e asma brônquica em 22 (9,6%).

Estudos têm mostrado um decréscimo no número absoluto e na taxa de internações por doenças respiratórias, em todas as idades (FRANCISCO; DONALISIO; LATTORRE, 2004; TOYOSHIMA; ITO; GOUVEIA, 2005). Analisando a morbidade por doença respiratória no município de São Paulo, de 1995 a 2000, utilizando os registros das AIH do SUS, observou-se que a DPOC aumentou entre os idosos devido à fisiopatologia e os fatores de risco a que estão susceptíveis. A população masculina foi mais afetada do que a feminina em todos os anos, por quaisquer causas estudadas, com exceção da asma. Para a DPOC, o tempo de hospitalização evoluiu de oito dias para 11,2 dias, sendo que para as outras doenças respiratórias o tempo de hospitalização se manteve inalterado. Foi possível concluir que a intervenção vacinal contra influenza foi relevante na diminuição das internações por doenças respiratórias no Estado de São Paulo, nos últimos anos (FRANCISCO; DONALISIO; LATTORRE, 2004).

As causas deste diagnóstico foram os fatores metabólicos ocasionados pelas doenças respiratórias e pela doença pulmonar, como a Miocárdiopatia dilatada, Fibrilação Atrial, DPOC e Mieloma Múltiplo. Os fatores metabólicos estão relacionados a falhas no processo de troca gasosa. Exames laboratoriais de gasometria poderiam evidenciar com dados numéricos esta deficiência; porém como a amostra deste estudo trata-se de idosos recém admitidos, no momento de coleta de dados, estes exames não estavam disponíveis para interpretação.

Nota-se que alguns fatores relacionados deste domínio apareceram em vários diagnósticos como a fraqueza/cansaço, energia diminuída, fadiga, desequilíbrio entre a oferta e demanda de oxigênio. A prevalência desses fatores é devida ao predomínio das doenças cardio-respiratórias que predispõem a pessoa a esses fatores. Vale ressaltar que o profissional da saúde deve atenuar nos sinais e

sintomas da doença agudizada e na prevenção de agravos, utilizando uma clínica ampliada. Além disso, o profissional deve estabelecer vínculos com o idoso, seu acompanhante ou familiar com o intuito de construir uma interação terapêutica.

O diagnóstico **padrão de sono perturbado** predominou em 28,5% dos idosos em admissão hospitalar. A NANDA (2006, p. 213) define este diagnóstico como “distúrbio, com tempo limitado, na quantidade ou qualidade do sono (suspensão natural, periódica da consciência)”. Os fatores relacionados encontrados neste julgamento foram: falta de ar (50,0%), urgência urinária (12,5%), ansiedade (12,5%), pensamentos ruminantes pré-sono (12,5%), barulho (12,5%), iluminação (12,5%), uso de medicamentos *que interferem no sono* (12,5%).

Algumas vezes o próprio quadro patológico da doença interfere no padrão de sono como os sinais e sintomas da doença. Observa-se que 50,0% apresentam desconforto respiratório o que interfere na manutenção saudável do sono.

Hayflick (1996) acrescenta que o envelhecimento por si mesmo não causa problema de sono, mas a necessidade de sono diminui com a idade, os padrões de sono decrescem devido principalmente às alterações dos ritmos circadianos e à maior presença de distúrbios do sono. As alterações do sono estão relacionadas ao tempo que uma pessoa idosa normalmente passa na cama sem tentar dormir ou tentando dormir sem conseguir, e acordando inúmeras vezes durante o sono.

Os distúrbios do sono que mais afetam os idosos são a insônia, a apnéia e movimentos dos membros. A insônia está ligada a doenças neurológicas (mal de Alzheimer e Parkinson) e cardiorrespiratórias. A insônia também pode ser causada por fatores psicológicos, sendo mais comum a depressão, a fatores ambientais, como ambientes abafados, quentes ou barulhentos e mudanças de ambiente.

Doenças acompanhadas de dor podem dificultar o relaxamento necessário para adormecer (CUNHA et al., 2004; VIEIRA, 2004).

No ambiente hospitalar, os idosos apresentam dificuldade em adormecer devido à rotina de atividades nas enfermarias e ao fato de dividir o quarto com outras pessoas e acompanhantes. Potter e Perry (2002) ressaltam que, no ambiente hospitalar, os estímulos ambientais são contínuos tais como: ruídos de equipamentos, monitoração freqüente por parte do enfermeiro e luz sempre acesa, os companheiros de quarto são diferentes, a aparelhagem de monitorização, os equipamentos de limpeza e as conversas inconvenientes da equipe hospitalar são fatores que contribuem para aumentar o nível de ruídos. Assim, durante a hospitalização, alguns pacientes desenvolvem período de estresse, de ansiedade em relação ao medo de morrer e o receio da dor é uma preocupação comum, tendo ainda como fator contribuinte, a ausência das pessoas queridas, sentimento de solidão e perda da independência com a perda do autocontrole.

O uso de medicamentos hipnóticos pode causar insônia pelo efeito rebote. Os betabloqueadores e algumas drogas antiarrítmicas podem provocar pesadelos e, conseqüentemente, despertares noturnos (CUNHA et al., 2004; VIEIRA, 2004).

As características definidoras do diagnóstico **padrão de sono perturbado** encontradas entre os idosos foram: queixas verbais de dificuldade para adormecer (37,7%), despertares prolongados (37,5%), queixas verbais de não se sentir bem descansado (25,0%), despertares mais cedo do que o desejado (25,0%) e insatisfação com o sono (12,5%).

Geib et al. (2003) incluem como alteração no padrão de sono as queixas referentes ao tempo despendido na cama sem dormir, dificuldade para reiniciar o

sono, menor duração do sono noturno, maior latência de sono e despertar pela manhã mais cedo do que o desejado.

Araújo e Bachion (2005) encontraram o diagnóstico distúrbio do padrão de sono em 80% dos idosos da comunidade de Goiânia e Volpato (2001) identificou este diagnóstico em 17 (28,3%) das 40 idosas internadas no hospital escola de Londrina. Os dados do presente estudo se assemelham ao de Volpato (2001), talvez porque ambos sejam ambientes hospitalares onde os ruídos, volume de pessoas que entram no quarto, ambiente diferente e estressante são fatores que dificultam um bom padrão de sono. A ocorrência menor deste diagnóstico na comunidade pode ser devido à fragilidade do estado de saúde dos idosos hospitalizados, que, adoecidos, podem ter maior necessidade de sono e repouso.

Torna-se importante conhecer estes dados e a fisiologia do envelhecimento para identificar o que é patológico e o que é próprio do envelhecimento, com o intuito de evitar terapias medicamentosas desnecessárias, tanto no ambiente hospitalar quanto no doméstico. Portanto, alguns cuidados podem ser orientados como estratégias para dormir como: evitar cochilos diurnos e ingestão de cafeína, manter o quarto escuro, calmo e bem ventilado, reduzir o tempo de permanência na cama e orientar para que os diuréticos sejam tomados na parte da manhã para não interferir no padrão de sono.

O diagnóstico **déficits de autocuidado para vestir-se/arrumar-se** definem-se como a “capacidade prejudicada para realizar ou completar atividades de vestir-se e arrumar-se por si mesmo” (NANDA, 2006, p. 39). Ocorreu em 10,7% da amostra e apresentou como fator relacionado a fraqueza ou cansaço (100,0%) e como característica definidora a capacidade prejudicada para repor artigos de vestuário (100,0%).

O diagnóstico **déficit no autocuidado para banho/higiene** é a “capacidade prejudicada para realizar ou completar as atividades de banho/higiene por si mesmo” (NANDA, 2006, p. 37). Foi identificado em 10,7% e teve como fator relacionado a fraqueza, cansaço (100,0%) e como característica definidora a incapacidade de chegar à fonte de água (100,0%), capacidade prejudicada para repor artigos de vestuário (100,0%) e entrar e sair do banheiro (66,6%).

Déficit no autocuidado para higiene íntima refere-se à “capacidade prejudicada para realizar ou completar suas próprias atividades de higiene íntima” (NANDA, 2006, p. 36). Teve uma prevalência de 10,7% e apresentou como causa a fraqueza, cansaço e como característica definidora chegar ao vaso sanitário (100,0%).

Por último, o diagnóstico **déficit no autocuidado para alimentação** que corresponde à “capacidade prejudicada para desempenhar ou completar atividades de alimentação” (NANDA, 2006, p. 36). Apresentou como fator relacionado a fraqueza, cansaço (100,0%) e como característica definidora completar uma refeição, trazer alimentos de um recipiente para a boca (100,0%).

Estes diagnósticos de déficit de autocuidado foram identificados em idosos que se apresentavam muito debilitados fisicamente devido ao estado da doença.

Estudo realizado com 75 idosos de um PSF mostrou que 25,3% possuíam o diagnóstico de déficit para autocuidado para banho/higiene, 8% de déficit no autocuidado para higiene íntima, 18,6% de déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se, 28% de déficit no autocuidado para alimentação, 33,3% em atividade de recreação deficiente (ARAÚJO; BACHION, 2005).

O idoso, tanto em ambiente hospitalar como domiciliário, deve ser estimulado para o autocuidado. O cuidador deve orientar e apoiar o idoso nesta atividade. As

ações de autocuidado devem ser adaptadas ao estilo de vida do geronte. Geralmente, uma simples manobra exige concentração e muito esforço por parte desta pessoa e por isto é importante a motivação e bom-senso do cuidador (SMELTZER; BARE, 2002).

Diante destes diagnósticos, o enfermeiro deve prever os recursos humanos e materiais que serão necessários para oferecer este tipo de cuidado no período da internação hospitalar, além de estimular o idoso a realizar o autocuidado e oferecer orientações para a família com o intuito de incentivar ao máximo as potencialidades do mesmo, evitando fazer as atividades por ele. No ambiente domiciliar, a família e os idosos devem se organizar para suprir esta necessidade de cuidado e contar com o apoio das equipes de saúde da família de sua área.

Brito (2007, p. 110) reforça que para a família ter em casa uma pessoa dependente para o autocuidado representa a “necessidade de organização de rotinas, de redistribuição de funções, muitas vezes com a sobreposição de tarefas de cuidados com a casa e as tarefas de cuidado dependente, o que requer um gasto extra de tempo e esforço físico”.

A enfermagem deve ser capaz de preparar a pessoa hospitalizada e familiar para a continuidade dos cuidados, conduzindo-o ao sistema de referência e contra-referência, envolvendo os hospitais de urgência, a ESF e *Home-Care* de forma a garantir a continuidade da assistência aos usuários da instituição hospitalar e diminuir o tempo de internação (BRITO, 2007).

A internação hospitalar é considerada de risco para as pessoas idosas, uma vez que causa diminuição da capacidade funcional e mudanças na qualidade de vida, muitas vezes irreversíveis (SIQUEIRA et al., 2004). Diante disto, a equipe de enfermagem deve estar preparada para amenizar os riscos causados pela

internação hospitalar e atuar na prevenção de seqüelas que possam diminuir a autonomia e independência dos idosos.

4.1.3 Diagnósticos de enfermagem do domínio Percepção/Cognição

O domínio Percepção/Cognição apresentou seis diagnósticos reais: **conhecimento deficiente** (83,8%), **percepção sensorial perturbada** (46,4%), **confusão aguda** (7,1%), **perambulação** (3,5%), **memória prejudicada** (3,5%) e **comunicação verbal prejudicada** (3,5%) e um diagnóstico de bem-estar: **disposição para conhecimento aumentado** (7,1%).

Em decorrência da alta prevalência do diagnóstico conhecimento deficiente, este será descrito de forma separada. Segundo a NANDA (2006, p. 59) refere-se à “ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico”. O **conhecimento deficiente (sobre a doença) e (sobre comportamentos de busca de saúde)** teve uma ocorrência de 42,8% e apresentou como fator relacionado a falta de exposição (58,3%), falta de interesse em aprender (16,6%) e limitação cognitiva (25,0%) e como característica definidora o desempenho inadequado em um teste (8,3%) e a verbalização do problema (100,0%). O diagnóstico **conhecimento deficiente (sobre a doença)** teve uma prevalência de 37,5% e apresentou como causa a falta de exposição (80,0%), limitação cognitiva (10,0%), falta de familiaridade com os recursos de informação (10,0%) e falta de interesse em aprender (10,0%). A característica definidora que surgiu em 100,0% foi a verbalização do problema. A soma destas duas ocorrências fornece um total de 80,3% do DE **conhecimento deficiente (sobre a doença)** demonstrando que a quantidade e/ou qualidade do diálogo entre os profissionais de saúde e a pessoa hospitalizada encontra-se insuficiente.

O diagnóstico **conhecimento deficiente** (sobre o tratamento) ocorreu em 3,5% e teve como fator relacionado a falta de interesse em aprender (100,0%) e como característica definidora a verbalização do problema (100,0%).

Glashan, Santos e Oliveira (1999) caracterizaram o perfil de 68 idosas internadas em uma unidade clínica, detectando que 61,8% desconheciam seu diagnóstico médico e tratamento, 25,0% conheciam o diagnóstico, porém desconheciam a forma de tratamento, 7,3% referiram conhecer o diagnóstico e o tratamento e 5,9% não quiseram responder a essa indagação.

Marin, Barbosa e Takitane (2000) também encontraram uma alta prevalência do diagnóstico Conhecimento deficiente entre as 50 idosas hospitalizadas, visto que, tanto as idosas como os seus cuidadores, desconheciam a doença, uso de medicamentos, atividade física e diversos procedimentos a que seriam submetidas. As idosas apresentaram como fator relacionado a falta de experiência, dificuldade de memorização e até mesmo interpretação errada das informações.

O próprio envelhecimento ocasiona um declínio gradual nas funções cognitivas, dependentes de processos neurológicos que se alteram com a idade. As perdas de memória, principalmente as que se referem à dificuldade para recordar nomes, números de telefones e objetos guardados são as que mais chamam a atenção das pessoas (CANINEU; BASTOS, 2002).

No teste do Mini Mental de Pfeiffer (COSTA et al., 2001) 57,1% dos idosos apresentaram funcionamento intelectual intacto, 28,6% leve deterioração intelectual, 7,1% deterioração intelectual moderada e 7,1% grave deterioração intelectual. Os idosos que apresentaram grave deterioração intelectual possuíam cinco anos de escolaridade e um outro era sem instrução. Quanto a idosos com deterioração intelectual moderada encontrou-se entre eles uma escolaridade de um a três anos e

outro sem instrução. Houve uma grande variação na ocorrência do déficit cognitivo comparando-se as diferentes escolaridades, não sendo possível fazer afirmações.

A Tabela 9 detalha os fatores relacionados e as características definidoras dos diagnósticos reais deste domínio.

Nesse estudo, alguns participantes relataram que desconheciam o diagnóstico médico, já que foram admitidos nas primeiras 24 horas e encontravam-se em fase de investigação. Os outros relataram que não receberam informações sobre a doença e que não sabiam relatar o nome dos medicamentos nem sua indicação, nem quais comportamentos promovem a saúde.

A equipe de saúde dificilmente se preocupa em esclarecer ao idoso e/ou familiar a respeito de sua doença, condutas profissionais e as possíveis formas de tratamento, o que acaba gerando angústia e ansiedade nessas pessoas. Por outro lado, a baixa formação educacional do idoso predispõe o médico a retardar a confirmação do diagnóstico mais acessível e pertinente aos padrões culturais do idoso (GLASHAN, SANTOS, OLIVEIRA, 1999).

Os fatores relacionados e as características definidoras auxiliam na intervenção educativa do enfermeiro junto ao idoso. É importante que o processo ensino-aprendizagem seja significativo. Ressalta-se que todo conhecimento deve ser construído a partir das necessidades do idoso, considerando os seus conhecimentos prévios sobre o assunto e utilizando uma comunicação dialógica e reflexiva.

É importante também envolver o cuidador/família no cuidado aos idosos, oferecendo informações importantes para que esses possam desenvolver habilidades necessárias para a promoção do cuidar, uma vez que no dia-a-dia são os cuidadores que se tornam atuantes e vão dar continuidade à assistência prestada.

Tabela 9 - Distribuição dos fatores relacionados e características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Percepção/Cognição, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Fator Relacionado	f	%	Característica Definidora	f	%
Percepção sensorial (visual, auditiva, olfativa e tátil) perturbada	13	46,4	-percepção sensorial alterada	13	100,0	-distorções visuais	12	92,3
						-mudança relatada na acuidade sensorial	6	46,1
						-distorção auditiva	4	30,7
						-não sentir o cheiro dos alimentos e pessoas	1	7,6
						-mudança na resposta usual aos estímulos	1	7,6
Conhecimento deficiente (sobre a doença e sobre comportamentos de busca de saúde)	12	42,8	-falta de exposição -limitação cognitiva	7	58,3	-verbalização do problema	12	100,0
						-desempenho inadequado em um teste	1	8,3
						-falta de interes-se em aprender	2	16,6
Conhecimento deficiente (<u>sobre a doença</u>)	10	37,5	-falta de exposição -limitação cognitiva -falta de familiaridade com os recursos de informação -falta de interes-se em aprender	8	80,0	-verbalização do problema	10	100,0
							1	10,0
							1	10,0
							1	10,0
Confusão aguda	2	7,1	-abuso de álcool	2	100,0	-flutuação no nível de consciência	2	100,0
Conhecimento deficiente (tratamento)	1	3,5	-falta de interes-se em aprender	1	100,0	-verbalização do problema	1	100,0
Perambulação	1	3,5	-estado emocional especialmente frustração	1	100,0	-locomoção ao acaso	1	100,0
Memória prejudicada	1	3,5	-distúrbios neurológicos	1	100,0	-experiência relatada de esquecimento e incapacidade de recordar informações factuais	1	100,0
Comunicação verbal prejudicada	1	3,5	percepções alteradas	1	100,0	dificuldade para compreender e manter o padrão usual de comunicação	1	100,0

O diagnóstico **disposição para conhecimento aumentado (sobre a doença)**

ocorreu em 7,1% e é mostrado na Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição das características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Percepção/Cognição, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).

Diagnóstico de enfermagem	n	%	Características definidoras	f	%
Disposição para conhecimento aumentado (sobre a doença)	2	7,1	Demonstra conhecimento sobre o tópico	2	100,0

A NANDA (2006, p. 58) conceitua esse diagnóstico como “a presença ou aquisição de informações cognitivas sobre um tópico específico é suficiente para alcançar objetivos relacionados à saúde e pode ser reforçada”. A característica definidora identificada foi: demonstrar conhecimento sobre o tópico (100,0%).

Os dois idosos que apresentaram esse diagnóstico encontravam-se cientes de seu estado de saúde, sabendo explicar sobre a doença, medicamentos em uso, horário e indicação, comportamentos que promovem a saúde.

O idoso deve ser estimulado a buscar hábitos de vida que promovam o seu bem-estar e a qualidade de vida, abandonando condutas que predispõem ao desequilíbrio da saúde. Para isso, deve adquirir conhecimento e desenvolver habilidades que possibilitam manter a interação com outros indivíduos, com o meio ambiente e a sociedade.

O diagnóstico **percepção sensorial (visual, auditiva, olfativa e tátil) perturbada** teve uma prevalência de 46,4% e é conceituado como uma “mudança na quantidade ou no padrão dos estímulos que estão sendo recebidos, acompanhados por resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos” (NANDA, 2006, p. 189). Apresentou em 100,0% o fator relacionado percepção sensorial alterada e como característica definidora distorções visuais (92,3%), mudança relatada na acuidade sensorial (46,1%), distorção auditiva

(30,7%), mudança na resposta usual aos estímulos (7,6%), *não sentir o cheiro dos alimentos/pessoas* (7,6%). Essa última característica definidora não consta na NANDA (2006), mas foi pertinente criá-la, já que nenhum tópico aborda as mudanças do olfato. Os dados podem ser visualizados na Tabela 9.

Entre as alterações fisiológicas que ocorrem no senil, pode-se citar a diminuição da visão, devido a um acúmulo de antigas células centrais que se formam no cristalino; na audição, o idoso pode perder a capacidade de ouvir sons de alta frequência. O paladar diminui, principalmente o paladar doce, o que faz com que o idoso opte por alimentos mais salgados; o olfato diminui, dificultando a percepção de determinados cheiros (MARIN et al., 2004; SMELTZER; BARE, 2002; YODER, 2001; PAPALÉO NETTO, 1996).

Os idosos desse estudo queixaram-se de prejuízo nos órgãos dos sentidos, principalmente visão, audição, tato e olfato (46,4%). Por outro lado, poucos fazem uso de aparelho auditivo ou lentes corretivas. Pode-se perceber que eles se acostumam com essa perda e conseguem direcionar suas atividades sem o auxílio desses recursos.

A diminuição da acuidade sensorial predispõe o idoso a alguns fatores de risco, visto que a diminuição da visão, por exemplo, favorece a ingestão acidental de substâncias químicas, inalação de produtos tóxicos, aumenta o risco de acidentes e quedas, tanto no hospital quanto na comunidade. A diminuição da audição pode contribuir para o isolamento social, o que dificulta a troca de informação com outras pessoas. A diminuição da força nas mãos dificulta o autocuidado e a realização de algumas tarefas, principalmente as domésticas. O olfato diminui o prazer em saborear alguns alimentos, a percepção de alerta para o fogo, gás de cozinha, dentre outros.

O diagnóstico **confusão aguda** apresentou um predomínio de 7,1% e refere-se ao “início abrupto de um conjunto de mudanças e distúrbios globais e transitórios na atenção, na cognição, na atividade psicomotora, no nível de consciência e/ou no ciclo sono/vigília” (NANDA, 2006, p. 56). Apresentou como fator relacionado o abuso de álcool (100,0%) e como característica definidora a flutuação no nível de consciência (100,0%).

Os dois idosos que apresentaram esse diagnóstico encontravam-se em abstinência alcoólica, apresentando momentos de confusão mental com dificuldade de expressar um raciocínio lógico e de se orientar no tempo. Ambos estavam medicados e tinham se submetido à avaliação da psicologia.

Observa-se na maioria das unidades básicas de saúde que não existe um programa estruturado direcionada para a redução do consumo de bebidas alcoólicas. As ações restringem-se apenas a informações verbais, sem o devido acompanhamento e estímulo, não atingindo o êxito necessário.

Um programa que se mostra eficaz na comunidade é os Alcoólatras Anônimos (AA) que possuem caráter filantrópico, com ações direcionadas à família do alcoólatra e com acompanhamento semanal, em que o lema básico é “evitar o primeiro gole”.

Os diagnósticos **perambulação**, **memória prejudicada** e **comunicação verbal prejudicada** ocorreram em 3,5% da amostra. O fato da prevalência desses diagnósticos ter sido baixa, não elimina a sua importância, já que o planejamento dos cuidados é direcionado para cada idoso, dentro de uma visão holística, com o objetivo de minimizar ou eliminar os problemas de saúde.

Perambulação denomina-se por um “vagar a esmo, locomoção repetitiva ou sem propósito que expõe o indivíduo a danos; freqüentemente incongruente com

divisas, limites ou obstáculos” (NANDA, 2006, p. 186). Apresentou como fator relacionado o estado emocional, especialmente frustração (100,0%) e como característica definidora locomoção ao acaso (100,0%).

O idoso que apresentou esse diagnóstico relatou episódios de andar ao acaso, sem um destino pré-determinado, principalmente quando se encontrava em “crise existencial”, sentindo-se frustrado.

Gordilho (2002a) esclarece que um dos mais incômodos problemas comportamentais que, freqüentemente, acompanham a demência é a perambulação. Essa se caracteriza por um vagar, sem um destino ou propósito, o que expõe a pessoa a riscos e pode estar associado à agitação e agressão.

O diagnóstico **memória prejudicada** conceitua-se como a “incapacidade de lembrar-se ou recordar-se de partes de informações ou habilidades comportamentais” (NANDA, 2006, p. 153). Apresentou como fator relacionado o distúrbio neurológico (100,0%) e como característica definidora experiência relatada de esquecimento e incapacidade de recordar informações factuais (100,0%).

Machado (2002) descreve que a demência pode levar às desordens amnésicas, retardo mental, desordens fictícias, estado confusional agudo, domínio cognitivo leve e comprometimento da memória, o que contribui para a presença desse diagnóstico.

A idosa que apresentou esse diagnóstico queixou-se de dificuldade de se lembrar dos fatos recentes e obteve seis pontos no Mini Mental de Pfeiffer (COSTA et al., 2001), correspondendo a deterioração intelectual moderada.

Smeltzer e Bare (2006) afirmam que muitos idosos continuam aprendendo e participando de várias experiências educacionais, porém a capacidade de aprender

e de lembrar eficazmente pode ser afetada durante o processo de envelhecimento de forma negativa.

Desta forma, a estimulação da memória por meio da leitura de jornais, livros, revistas deve ser reforçada, assim como a repetição para outra pessoa de algo que aconteceu no dia anterior, o desenvolvimento de atividades manuais como a pintura, bordado, crochê e outras atividades.

Comunicação verbal prejudicada caracteriza-se pela habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e usar um sistema de símbolos (NANDA, 2006). Possui como fator relacionado às percepções alteradas (100,0%) e como característica definidora a dificuldade para compreender e manter o padrão usual de comunicação (100,0%).

Santos (2001) esclarece que, ao conversar com o idoso, a pessoa deve se postar à sua frente, falar lentamente e com voz baixa, usar de meios de comunicação como gestos, cartões, listas de palavras. Smeltzer e Bare (2006) orientam que o cuidador deve usar frases claras, facilmente compreensíveis para transmitir a mensagem ao idoso, porque o significado das palavras é freqüentemente esquecido ou ocorre dificuldade na expressão e organização do pensamento.

4.1.4 Diagnósticos do domínio Promoção da Saúde

O domínio Promoção da Saúde apresentou dois diagnósticos reais: **controle eficaz do regime terapêutico** (42,8%), **controle ineficaz do regime terapêutico** (21,4%) e dois diagnósticos de bem-estar: **disposição para o controle aumentado do regime terapêutico** (39,2%), **disposição para nutrição melhorada** (21,4%). A

Tabela 11 detalha os fatores relacionados e as características definidoras do domínio Promoção da Saúde.

Tabela 11 - Distribuição dos fatores relacionados, segundo os diagnósticos do domínio Promoção da Saúde, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Fator Relacionado	f	%	Característica Definidora	f	%
Controle eficaz do regime terapêutico	12	42,8				-Escolhas apropriadas de atividades para atingir os objetivos de um programa de tratamento e prevenção	11	91,6
						-verbaliza desejo de controlar o tratamento da doença e a prevenção de seqüelas	1	8,3
Controle ineficaz do regime terapêutico	6	21,4	-déficit de conhecimento	3	50,0	-escolhas da vida diária ineficazes para atingir os objetivos de um programa de tratamento ou de prevenção.	3	50,0
			-barreiras percebidas	3	50,0	-verbaliza dificuldade com a regulação/integração de um ou mais dos regimes prescritos para a prevenção de complicações e o tratamento da doença e seus efeitos.	2	33,3
						-verbaliza que não agiu para reduzir fatores de risco para a progressão da doença e de seqüelas.	1	16,6

O diagnóstico de enfermagem **controle ineficaz do regime terapêutico** teve uma prevalência de 21,4%. Este diagnóstico refere-se a “padrão de regulação e integração na vida diária de um programa de tratamento de doenças e seqüelas de doenças que é insatisfatório para atingir objetivos específicos de saúde” (NANDA, 2006, p. 69). Apresentou como fator relacionado o déficit de conhecimento (50,0%) e barreiras percebidas (50,0%). Foram encontradas as características definidoras de escolhas da vida diária ineficazes para atingir os objetivos de um programa de tratamento ou de prevenção (50,0%), verbaliza dificuldade com a regulação/integração de um ou mais dos regimes prescritos para a prevenção de complicações e o tratamento da doença e seus efeitos (33,3%) e verbaliza que não agiu para reduzir fatores de risco para a progressão da doença e de seqüelas (16,6%).

Os idosos que apresentaram este diagnóstico iam à unidade de saúde apenas para fazer consultas médicas, quando estavam passando mal, ou para buscar algum medicamento. Alguns disseram que quando não encontram vaga na unidade de saúde para consulta médica vão para o PS, sendo esse a primeira escolha de muitos idosos. Isto justifica a alta frequência (57,1%) de pessoas que foram admitidas vindas do PS. Um idoso relatou que não precisa frequentar a unidade de saúde, já que é muito bem atendido no PS e os médicos do hospital já conhecem sua patologia.

Cecilio (1997) acrescenta que não se pode afirmar que a população é deseducada e vai ao PS quando deveria ir ao centro de saúde. As pessoas acessam o sistema por onde é mais fácil ou possível. Percebe-se que o sistema de saúde corresponde a uma das preocupações mais comuns da comunidade, já que a grande maioria sente-se insegura e abandonada quando necessita de assistência.

Dentro desse contexto, é necessário que o enfermeiro reforce, com este idoso, a necessidade de se buscar a qualidade de vida, encorajando a substituição de hábitos nocivos por hábitos saudáveis e para isto deve-se estabelecer um elo de comunicação eficiente e eficaz com o indivíduo, comunidade e outros profissionais da saúde, para manter a resolutividade da assistência prestada ao idoso. Isso permitirá, melhorias na qualidade de vida do idoso na comunidade, possibilitando, assim, maior aderência deste aos programas de saúde.

O diagnóstico **controle eficaz do regime terapêutico** predominou em 42,8% e refere-se a um “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). Encontrou-se como característica definidora escolhas apropriadas de atividades para atingir os objetivos de um

programa de tratamento e prevenção (91,6%), verbaliza desejo de controlar o tratamento da doença e a prevenção de seqüelas (8,3%).

Os idosos que apresentaram este diagnóstico disseram freqüentar a unidade de saúde mais próxima de sua casa, participando das atividades realizadas lá, seguem o regime terapêutico proposto pela equipe de saúde, como ingerir os medicamentos nos horários prescritos, alimentar de forma saudável, praticar atividades físicas, apresentar-se no dia agendado para o do retorno e ter um bom convívio com os familiares e com os membros da comunidade.

Os cuidados, para uma pessoa idosa, devem visar a manutenção de seu estado de saúde, com uma expectativa de vida ativa, junto aos seus familiares e à comunidade, com independência funcional e autônoma máxima possível (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

A saúde do idoso e a Promoção da Saúde tornaram-se prioridades do governo federal, estadual e municipal com a consolidação do Pacto pela Vida que visa a atenção integral de forma a internalizar a responsabilidade individual da busca pela qualidade de vida (BRASIL, 2006d).

O programa de assistência ao idoso tem como finalidade desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção das doenças, diminuindo os fatores de risco ao envelhecimento patológico, conseqüentemente diminuindo o número de internações hospitalares nessa faixa etária. Deve-se realizar consultas de enfermagem que viabilizem o processo de tratamento de modo amplo e com o objetivo de prevenção de patologias e a promoção da saúde nos idosos (KAWAMOLO; SANTOS; MATOS, 1995).

O enfermeiro deve reforçar a importância de se manter estes comportamentos de busca de saúde, estimular o idoso a se autocuidar, e fortalecer a interação com a unidade de saúde e com as redes sociais.

O diagnóstico **disposição para o controle aumentado do regime terapêutico** conceitua-se como “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) e teve uma prevalência de 39,2%. Este diagnóstico apresentou como característica definidora escolhas do dia-a-dia adequadas para satisfazer os objetivos do tratamento ou prevenção (72,7%) e expressa desejo de controlar o tratamento da doença e a prevenção de seqüelas (27,2%).

Tabela 12 - Distribuição das características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Percepção/Cognição, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).

Diagnóstico de enfermagem	n	%	Características definidoras	f	%
Disposição para o controle aumentado do regime terapêutico	11	39,2	-escolhas do dia a dia adequadas para satisfazer os objetivos do tratamento ou prevenção	8	72,7
			-expressa desejo de controlar o tratamento da doença e a prevenção de seqüelas	3	27,2
Disposição para nutrição melhorada	6	21,4	-ingere alimentos e líquidos adequados	5	83,3
			-expressa conhecimento sobre alimentos e líquidos saudáveis	1	16,6

Os idosos que apresentaram este diagnóstico relataram freqüentar a unidade básica ocasionalmente, sendo mais comum a ida para consultas médicas, aferição de pressão arterial, glicemia capilar e busca de medicamentos. A identificação deste diagnóstico pautou-se no relato que eles apresentavam de querer freqüentar mais a unidade de saúde e o propósito de seguir todas as recomendações que a equipe de saúde viesse a fazer durante a internação.

A equipe de saúde da atenção básica trabalha para promover a saúde, prevenir doenças, reabilitar as perdas de potencialidade. Nesse enfoque é importante que os profissionais desenvolvam ações direcionadas para o planejamento, programação e realização das ações que envolvam a atenção à saúde, identificação e acompanhamento das pessoas idosas mais frágeis ou em processo de fragilização, tais como: alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), Sistemas de Informação da Atenção Básica (SIAB), programar e avaliar as ações relativas à saúde das pessoas idosas, conhecer essas e seus familiares como um todo, acolher as pessoas idosas de forma humanizada, prestar atenção contínua às necessidades de saúde da pessoa idosa, preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, realizar e participar das atividades de educação permanente relativas à saúde, como também desenvolver ações educativas (BRASIL, 2006e).

Dessa forma, o cuidado comunitário do idoso deve basear-se, especialmente na família e na atenção básica de saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial daquelas sob a ESF, que devem representar, para o idoso, o vínculo com o sistema de saúde. A estratégia de saúde da família deve apontar as mudanças físicas consideradas normais e identificar precocemente as alterações patológicas. Deve também alertar a comunidade sobre os fatores de risco a que as pessoas idosas estão expostas, no domicílio e fora dele, bem como de serem identificadas formas de intervenção para sua eliminação ou minimização, sempre em parceria com o próprio grupo de idosos e os membros de sua família (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

O diagnóstico **disposição para nutrição melhorada** apareceu em 21,4% e define-se como “um padrão de ingestão de nutrientes que é suficiente para

satisfazer as necessidades metabólicas e que pode ser reforçado” (NANDA, 2006, p. 166). Apresentou como característica definidora: ingere alimentos e líquidos adequados (83,3%) e expressa conhecimento sobre alimentos e líquidos saudáveis (16,6%).

Os idosos que tiveram este diagnóstico descreveram os benefícios de uma alimentação saudável e disseram ter mudado os hábitos alimentares após o surgimento da doença. Alguns idosos tiveram acompanhamento do nutricionista nas outras internações e referiram seguir as recomendações fornecidas por este profissional.

O Ministério da Saúde propõe ações voltadas à divulgação e a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde tais como: alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbi-mortalidade por acidente de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006c).

A Promoção da Saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando criação de mecanismos que possam reduzir as situações de vulnerabilidade, defendendo radicalmente a equidade e incorporando a participação e o controle social na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2006c).

Os idosos deste estudo apresentaram um padrão de busca pela saúde uma vez que se mostraram interessados em melhorar seu estado de saúde. Pôde-se observar que para isto contavam com a ajuda dos familiares, companheiro, recursos

disponíveis na comunidade e na UBS. Essas pessoas envolvidas no cuidado do idoso contribuem para a manutenção da saúde, auxiliando nas atividades requeridas por esse, como lembrar o horário da medicação, agendar consultas médicas, acompanhar nos retornos, realizar o cuidado com a casa e utensílios, prestar cuidado direto ao idoso, auxiliar durante a internação hospitalar, o que facilita a adesão ao regime terapêutico. Deve-se reforçar os comportamentos de busca de saúde e amenizar ou excluir hábitos que possam prejudicar a manutenção de um padrão de saúde.

4.1.5 Diagnósticos de enfermagem do domínio Autopercepção

O domínio Autopercepção apresentou dois diagnósticos reais: **baixa auto-estima situacional** (6,6%), **distúrbio da imagem corporal** (6,6%); de bem-estar: **disposição para autoconceito melhorado** (73,3%) e dois de risco: **risco de solidão** (13,3%) e **risco de sentimento de impotência** (6,6%). A Tabela 13 detalha as características definidoras do diagnóstico de bem-estar deste domínio.

Tabela 13 - Distribuição das características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Autopercepção, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Característica Definidora	f	%
Disposição para autoconceito melhorado	23	84,1	-aceita suas qualidades e limitações	20	86,9
			-expressa satisfação com a sua imagem corporal	3	13,0
			-expressa satisfações com suas opiniões sobre si mesmo,	3	13,0
			com sua identidade pessoal e desempenho de papéis		

O diagnóstico **disposição para autoconceito melhorado** denomina-se como “um padrão de percepções ou idéias sobre si mesmo que é suficiente para o bem-estar e pode ser reforçado” (NANDA, 2006, p. 35), teve uma prevalência de 84,1%. Apresentou como característica definidora aceitar suas qualidades/limitações

(86,9%), expressar satisfação com a sua imagem corporal (13,0%), expressar satisfações com suas opiniões sobre si mesmo, com sua identidade pessoal e desempenho de papéis (13,0%).

Os idosos que apresentaram este diagnóstico relataram pedir ajuda a outra pessoa quando precisam, descreveram sua maneira de ser ressaltando pontos positivos e pontos que necessitam ser trabalhados e demonstraram uma aceitação positiva em relação ao seu corpo, não desejando mudanças físicas.

O estudo de Trentini et al. (2005) mostrou que as mulheres idosas têm mais vontade e necessidade de serem usuárias de bens da tecnologia, para continuarem sendo belas, atrativas para si mesmas e para os outros. Torna-se importante, para a saúde dos idosos, o encorajamento na busca de recursos para melhorar a imagem corporal e, conseqüentemente, sua auto-estima. O estado de saúde de uma pessoa depende, também, do quanto ela se sente saudável, se manter a estética do corpo a pessoa se sentirá bem, isso representa um investimento na própria saúde.

Pracidelli et al. (2001) em seu estudo avaliaram a possibilidade de mudança durante a internação, enfocando as implicações do trabalho do fisioterapeuta e do psicólogo na auto-estima e na qualidade de vida de 13 idosos. Concluíram que há uma discrepância entre a imagem corporal dos idosos e o esquema corporal, refletindo numa dificuldade de "aceitação/reconhecimento" do processo de envelhecimento. Porém, ao receber um tratamento adequado, abordando a subjetividade, os idosos adquiriam maior conscientização de si mesmos, deixando de idealizar imagens, prender-se ao passado e, conseqüentemente, abandonando estereótipos.

A Tabela 14 retrata os fatores de risco dos diagnósticos deste domínio.

Tabela 14 - Distribuição dos fatores de risco, segundo os diagnósticos do domínio Autopercepção, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Fator de Risco	f	%
Risco de Solidão	3	10,71	-Privação afetiva	1	33,3
			-Isolamento social	1	33,3
			-Isolamento físico	1	33,3
Risco de sentimento de impotência	1	3,5	-Envelhecimento	1	100,0
			-Doença crônica ou aguda	1	100,0

O diagnóstico **risco de solidão** ocorreu em 10,7% e refere-se a um “estar em risco de experimentar vaga disforia” (NANDA, 2006, p. 211). Apresentou como fator de risco a privação afetiva (33,3%), isolamento social (33,3%) e isolamento físico (33,3%).

Observa-se nos relatos que os idosos têm se sentido sozinhos, uma vez que os membros da família desempenham várias atividades e não permanecem dentro de casa durante o dia. Para estes idosos, as atividades desempenhadas para distrair e passar o tempo foram assistir à TV, ouvir rádio e realizar algum serviço doméstico.

O fato de alguns idosos residirem em domicílios multigeracionais ou dividindo o lote com outros filhos, possuir um bom convívio com os vizinhos foi um fator importante no aumento da interação deste idoso com os familiares.

As mudanças que vêm acontecendo dentro das famílias atualmente têm levado à um maior sentimento de solidão nos idosos. Observa-se a diminuição do tamanho da família, principalmente nos grandes centros urbanos, se comparado ao padrão de família extensa que ainda se observa em zonas rurais e cidades menores. Observa-se que as famílias menores têm apresentado dificuldade em ter um cuidador que assuma a responsabilidade sobre aquele idoso. Este cuidado era tradicionalmente de responsabilidade da mulher e esta, ao ingressar no mercado de trabalho, não dispõe de tempo para exercer estes cuidados (VERAS, RAMOS, KALACHE, 1987). Desta forma, os problemas de saúde causados por patologias múltiplas são

agravados pela solidão e pela falta de recursos financeiros dos idosos que lhe impossibilitam a busca de melhores alternativas para contornar a solidão.

A Tabela 15 mostra os diagnósticos reais deste domínio e será analisada juntamente com o diagnóstico de **risco de sentimento de impotência**.

Tabela 15 - Distribuição dos fatores relacionados e das características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Autopercepção, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Fator Relacionado	f	%	Característica Definidora	f	%
Baixa auto-estima situacional	1	3,5	-mudanças de papel social (está mais calado)	1	100,0	-expressões de desamparo e sentimento de inutilidade	1	100,0
Distúrbio da imagem corporal	1	3,5	-doença	1	100,0	-verbalização de sentimentos que refletem uma visão alterada do próprio corpo na aparência, estrutura ou função	1	100,0

Os diagnósticos **risco de sentimento de impotência**, **baixa auto-estima situacional**, **distúrbio da imagem corporal** predominaram em 3,5% da amostra. Volpato (2001) concluiu em seu estudo que a baixa prevalência destes diagnósticos está relacionada ao fato da internação ser para tratamento de problemas físicos, sendo esperado que as respostas psicossociais, em termos quantitativos, não assumam uma posição predominante.

Risco de sentimento de impotência conceitua-se como “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). Apresentou como fator de risco a doença crônica ou aguda e envelhecimento (100,0%). A idosa que apresentou este diagnóstico refere que depois que a doença (DPOC/Neoplasia pulmonar) começou, sente-se mais fraca, mais cansada e passa uma maior parte do tempo deitada.

Estudo realizado em uma clínica médica e cirúrgica, com 50 idosas, mostrou que estas expressaram sensações de impotência devido ao desamparo pelas pessoas que lhe são queridas, à presença de múltiplas patologias e limitações diversas que as impedem de viver de forma produtiva e participativa, levando-as ao desânimo (MARIN, BARBOSA, TAKITANE, 2000).

Baixa auto-estima situacional refere-se ao “desenvolvimento de percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual” (NANDA, 2006, p. 41). Apresentou como fator relacionado mudanças de papel social (está mais calado) em 100,0% e como característica definidora expressões de desamparo e sentimento de inutilidade.

Para o idoso que apresentou este diagnóstico sua vida mudou muito depois que ele adoeceu. Refere que é uma pessoa de pouca fala, sendo que antigamente brincava mais e que atualmente é mais sério. Já chegou a ficar dias sem conversar com as pessoas da família e que tem pensado muito na vida, ficando muito tempo parado com a mão na cabeça. Sente-se “sem saída” depois que a doença começou, por não conseguir fazer o que quer.

Distúrbio da imagem corporal é conceituado como “confusão na imagem mental do eu físico de uma pessoa” (NANDA, 2006, p. 125). Teve como fator relacionado à doença (100,0%) e como característica definidora verbalização de sentimentos que refletem uma visão alterada do próprio corpo na aparência, estrutura ou função.

A idosa que apresentou este diagnóstico tem realizado com certa frequência a paracentese. Isto tem causado transtorno na imagem corporal, uma vez que ela relata que gostaria que seu corpo fosse diferente, principalmente a barriga que ela acha muito grande, cresce muito e isto dificulta andar e sentar.

Apesar da prevalência destes diagnósticos ter sido baixa, isto não quer dizer que seja menos importante. Estes diagnósticos estão relacionados diretamente às respostas psicossociais que interferem na sensação de bem-estar do idoso.

Brandão et al. (2004) revelaram em seu estudo com 12 pacientes idosos, com câncer fora de perspectivas terapêuticas de cura, que a imagem corporal é um processo contínuo de construção e desconstrução. 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 da pessoa no momento do adoecimento, em virtude de sua influência no processo e na busca da cura, sendo influenciado também pela relação profissional de saúde - pessoa.

Santos (2001) acrescenta que os cuidados com o idoso hospitalizado representam uma dimensão importante da profissão de Enfermagem e baseiam-se em um processo contínuo do seu exercício. A meta dos cuidados com o idoso hospitalizado é a utilização máxima dos recursos individuais do idoso. Ele necessita de ajuda profissional para manter sua autonomia, sua integração social, sua auto-imagem, sua individualidade, sua valorização e sua integralidade.

A presença destes diagnósticos deve ser investigada com o intuito de auxiliar na recuperação da auto-estima. O investimento no crescimento pessoal e o resgate do convívio social são fundamentais para que este idoso supere seus obstáculos e passe a se ver de forma mais positiva.

4.1.6 Diagnósticos de enfermagem do domínio Enfrentamento/Tolerância ao Estresse

O domínio Enfrentamento/Tolerância ao Estresse apresentou um diagnóstico de bem-estar: **disposição para enfrentamento individual aumentado** (60,7%) e

dois diagnósticos reais **ansiedade** (25,0%) e **medo** (10,7%). A Tabela 16 detalha as características definidoras do diagnóstico de bem-estar deste domínio.

Tabela 16 - Distribuição das características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Enfrentamento/Tolerância ao Estresse, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Característica definidora	f	%
Disposição para enfrentamento aumentado (individual)	17	60,7	-Define estressores como "administráveis"	15	88,2
			-Procura de suporte social	5	29,4
			-Reconhece poder	1	5,8
			-Utiliza recursos espirituais	1	5,8

O diagnóstico **disposição para enfrentamento (individual) aumentado** ocorreu em 60,7% e define-se como "um padrão de esforços comportamentais e cognitivos para lidar com demandas que é suficiente para o bem-estar e pode ser reforçado" (NANDA, 2006, p. 94). Apresentou como característica definidora define estressores como "administráveis" (88,2%), procura de suporte social (29,4%), reconhece poder (5,8%), utiliza recursos espirituais (5,8%).

Os idosos que apresentaram este diagnóstico referem que as mudanças fazem parte da vida e é necessário enfrentá-las e se adaptar a elas. Este enfrentamento é facilitado pelo apoio dos familiares, amigos, membros da igreja e pela fé depositada em Deus.

Trentini et al. (2005) descrevem em estudo realizado com 18 idosos que estes consideram a morte e separação de familiares como as maiores perdas, e os ganhos também estão relacionados à família. Os sentimentos referentes às perdas podem ser superados com apoio da família, tornando-se imprescindível o envolvimento dos familiares mais próximos na implementação de ações de saúde aos idosos. Os participantes também declararam que enfrentaram as situações adversas e favoráveis com fé em Deus, ajuda da família e de outros, trabalho,

freqüentando o grupo de idosos, cuidando da estética do corpo, tratamento médico e rejeição às perdas naturais conseqüentes do envelhecimento.

O enfermeiro deve, ao fazer a consulta de enfermagem, buscar compreender a perspectiva que o idoso tem de uma situação estressante, identificar o impacto da situação de vida desta pessoa sobre os papéis e relacionamentos, encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos, auxiliar o gerente a identificar metas apropriadas a curto, médio e longo prazo e auxiliar o idoso a examinar os recursos disponíveis para atingir suas metas.

A Tabela 17 mostra os diagnósticos reais deste domínio com os respectivos fatores relacionados e características definidoras.

Tabela 17 - Distribuição dos fatores relacionados e das características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Enfrentamento/Tolerância ao Estresse, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Fator Relacionado	f	%	Característica Definidora	f	%
Ansiedade	7	25,0	-ameaça de mudança no estado de saúde	5	71,1	-insônia	2	28,5
			-ameaça de mudança no <i>status</i> econômico	1	14,2	-ansioso	2	28,5
			-necessidades não-satisfeitas	1	14,2	-irritabilidade	2	28,5
			ameaça de morte	1	14,2	-comportamento de agitação	1	14,2
						-inquietação	1	14,2
						-afrito	1	14,2
						-dificuldades respiratórias	1	14,2
						-angústia	1	14,2
						-assustado	1	14,2
						-agitação	1	14,2
						-preocupação	1	14,2
						-medo do processo de morrer	1	14,2
						-distúrbio do sono	1	14,2
						-nervoso	1	14,2
			-preocupação expressas devidas a mudanças em eventos da vida	1	14,2			
Medo	3	10,7	-relato de tensão	2	75,0	-hospitalização	2	75,0
			resposta aprendida	1	25,0	-relato de apreensão, auto segurança diminuída identifica objeto do medo	1	25,0

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

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 indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.

Neste estudo, o diagnóstico de Ansiedade predominou em 25,0% e teve como fator relacionado ameaça de mudança no estado de saúde (71,1%), ameaça de mudança no *status* econômico (14,2%), necessidades não-satisfeitas (14,2%) e ameaça de morte (14,2%). Como característica definidora foi identificada a insônia (28,5%), ansioso (28,5%), irritabilidade (28,5%), *comportamento de agitação* (14,2%), inquietação (14,2%), aflito (14,2%), dificuldades respiratórias (14,2%), angústia (14,2%), assustado (14,2%), agitação (14,2), preocupação (14,2%), medo do processo de morrer (14,2%), distúrbio do sono (14,2%), nervoso (14,2%) e preocupação expressas devidas a mudanças em eventos da vida (14,2%).

Os idosos em que foram encontrados estes diagnósticos, referiram sentirem-se ansiosos diante do quadro da doença, uma vez que alguns desconheciam o diagnóstico médico e outros percebiam que não estavam bem de saúde, devido aos sintomas que apresentavam.

A prevalência dos transtornos da ansiedade diminui com o envelhecimento, mas ainda assim é mais comum que os transtornos depressivos. Com freqüência, os transtornos de ansiedade têm início tardio e estão associados a transtornos depressivos e doença física (BYRNE, 2002). O diagnóstico de ansiedade é comum em pacientes internados conforme demonstram os estudos (FLÓRIO; GALVÃO, 2003; VOLPATO, 2001; ABRÃO; GUTIERREZ; MARIN, 1997; JESUS; CARVALHO, 1997).

O enfermeiro deve avaliar a presença deste diagnóstico porque o ambiente hospitalar pode predispor à prevalência deste. Para identificar este transtorno é

importante ouvir e observar as pessoas hospitalizadas e suas famílias e, sempre que for realizar um procedimento, explicar o que será feito, inclusive sensações que provavelmente a pessoa terá durante o procedimento, oferecer informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico.

Outro diagnóstico que identificado foi o de **medo** (10,7%) e se refere à “resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo” (NANDA, 2006, p. 151). Apresentou como fator relacionado o *relato de tensão* (75,0%) e a resposta aprendida (25,0%), as características definidoras foram a *hospitalização* (75,0%) e o relato de apreensão, auto segurança diminuída e identifica objeto do medo (25,0%).

É comum as pessoas experimentarem algum grau de ansiedade à medida que se deparam com novas situações de vida, desafiadoras ou ameaçadoras. No ambiente hospitalar, o medo do desconhecido, as notícias inesperadas sobre a própria saúde e qualquer comprometimento das funções corporais produzem ansiedade e medo (SMELTZER; BARE, 2006).

Um relato que chama a atenção para a presença deste diagnóstico é o medo que um idoso apresentou de se tornar acamado devido às complicações da doença crônica e ficar dando trabalho e preocupação a sua família. Esse sentimento foi desencadeado devido à hospitalização.

Estes diagnósticos devem ser identificados na admissão hospitalar, com o intuito de manter um padrão de esforços comportamentais e cognitivos para lidar com demandas, resolução de problemas, busca de alternativas suficientes para o bem-estar, melhorando assim, os estressores que ocasionaram e admissão.

A presença deste diagnóstico é mais nítida na clínica cirúrgica, conforme confirmam Bachion et al. (2004) no estudo com 13 clientes no período pré-operatório

de cirurgia cardíaca em que 100,0% apresentaram o diagnóstico de **medo**. Os fatores relacionados constituíram em resposta aprendida, origem inata e separação de pessoas significativas em situações potencialmente estressantes. As características definidoras apresentadas foram: identifica o objeto do medo/identifica estímulos considerados como ameaça, auto-segurança diminuída, apreensão, tensão aumentada, assustado.

A identificação destes diagnósticos na admissão hospitalar propicia o entendimento de como o idoso enfrenta as situações de estresse ocorridas durante a vida. Isto se torna importante por interferir na abordagem que será utilizada assim como o suporte que será necessário para enfrentar estas mudanças impostas pela vida.

4.1.7 Diagnósticos de enfermagem do domínio Relacionamento de Papel

O domínio Relacionamento de Papel apresentou um diagnóstico de bem-estar: **disposição para processos familiares melhorados** (78,5%) Os diagnósticos reais foram: **processos familiares interrompidos** (7,1%) e **desempenho de papel de mãe ineficaz** (7,1%). A Tabela 18 mostra o diagnóstico de bem-estar deste domínio.

Tabela 18 - Distribuição das características definidoras, segundo o diagnóstico Relacionamento de Papel, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Característica Definidora	f	%
Disposição para processos familiares melhorados	22	78,5	-O funcionamento familiar satisfaz as necessidades físicas, sociais e psicológicas dos membros da família	15	68,2
			-A família adapta-se à mudança	5	22,8
			-Os relacionamentos geralmente positivos, interdependentes com a comunidade, as tarefas da família são cumpridas	5	22,8

O diagnóstico **disposição para processos familiares melhorados** define-se como “um padrão de funcionamento familiar que é suficiente para possibilitar o bem-estar dos membros da família, e que pode ser reforçado” (NANDA, 2006, p. 121). Apresentou como características definidoras o funcionamento familiar que satisfaz as necessidades físicas, sociais e psicológicas dos membros da família (90,0%) e relacionamentos geralmente positivos, interdependentes com a comunidade, as tarefas são cumpridas (10,0%).

Os idosos dessa amostra relataram uma preocupação que sua família tem em relação a sua saúde no ambiente domiciliar. Os membros sempre perguntam pelo estado de saúde do idoso, acompanham em consultas médicas, reforçam as mudanças de comportamentos sugeridas pela equipe de saúde, além de apresentarem um bom relacionamento entre si e poder contar com a ajuda do outro em caso de necessidade.

A mudança de um membro da família afeta a todos, em graus variados, inclusive seus relacionamentos, como ocorre, por exemplo, em caso de doenças crônicas ou incapacidades, quando se faz necessária a reorganização da família para o cuidar (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Silva e Bocchi (2005) procuraram compreender a experiência interacional de familiares visitantes e acompanhantes de adultos e idosos hospitalizados, encontrando que a família se solidariza para cuidar deste idoso hospitalizado e vê este cuidado como uma obrigação moral e deseja estar com o idoso durante o período da hospitalização, contribuindo no processo de cura.

Todos os idosos da amostra tinham relatado já ter recebido visita de algum membro da família ou estar sendo acompanhado por uma pessoa próxima do idoso;

isto reforça a citação acima, de que as pessoas se solidarizam diante de uma hospitalização e se organizam para contribuir neste processo.

O enfermeiro deve estimular a participação da família no cuidado aos idosos, manter oportunidades de visitação flexíveis, de modo a atender às necessidades dos familiares e dos gerontes e reforçar a importância de um bom convívio familiar para a qualidade de vida de todos os membros.

A Tabela 19 detalha os fatores relacionados e as características definidoras dos diagnósticos reais deste domínio.

Tabela 19 - Distribuição dos fatores relacionados e das características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Relacionamentos de Papel, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Fator Relacionado	f	%	Característica Definidora	f	%
Desempenho de papel (de mãe) ineficaz	2	7,1	-falta de conhecimento sobre o papel <i>de mãe</i> sobre as habilidades necessárias ao papel <i>de mãe</i>	1	50,0	-tensão do papel	2	100,0
			-conflito familiar	1	50,0			
Processos familiares interrompidos	2	7,1	-alteração de poder de membro da família	2	100,0	-mudança na participação na resolução de problemas	2	100,0
						-expressões de conflito entre a família,	1	50,0
						-mudanças nas alianças de poder	1	50,0

O diagnóstico **processos familiares interrompidos** refere-se à “mudança nos relacionamentos e/ou no funcionamento da família” (NANDA, 2006, p. 120). Apresentou em 50,0% o fator relacionado alteração de poder de membro da família e expressões de conflito entre a família, mudanças nas alianças de poder, na participação na resolução de problemas.

Os idosos que apresentaram este diagnóstico ao responder o instrumento de coleta de dados demonstraram muito constrangimento pelo fato de terem se

desentendido com os filhos algumas vezes, o que ocasionou desgaste na relação familiar, com rompimento dos laços familiares. Um idoso relatou se sentir mal diante desta situação, uma vez que deveria ter ensinado muitos valores para o filho quando este era pequeno e atribui a violência verbal e física deste a sua “incompetência” no papel de pai.

O estudo de Marin, Barbosa, Takitane (2000) com 50 idosas hospitalizadas na clínica médica e cirúrgica encontrou-se em 100,0% o diagnóstico Estratégias ineficazes de resolução familiar: incapacitantes e comprometedoras com os fatores relacionados de pessoas significativas com sentimentos de desespero, desorganização familiar e mudança de papéis, doença prolongada e incapacidade progressiva, que esgota a capacidade de apoio das pessoas significativas. Apresentou como característica definidora negligência no atendimento às necessidades humanas básicas do cliente e no tratamento da doença, intolerância, rejeição, hostilidade, queixa do paciente sobre a resposta de pessoas significativas ao seu problema de saúde, pessoas significativas demonstrando comportamento protetor, ignorando a habilidade e necessidade de autonomia do cliente.

Schenker (2005) realizou um estudo para compreender os valores familiares seguindo a narrativa das três gerações de algumas famílias do campo pesquisado, concluindo que há uma inversão na hierarquia familiar que influencia o estilo de educação, a construção da autonomia e os modelos familiares. Todos eles são fundamentais para a promoção dos valores familiares.

Este mesmo autor reforça que há expectativas conflitantes através das gerações porque avós e pais, ao não perceberem a defasagem entre a idade cronológica e a emocional de seus filhos e netos, elaboram projetos distantes da realidade desses últimos; os atributos de avós e pais são de tal ordem que auxiliam

a construção de modelos sem sustentação para os jovens; os estilos de criação autoritária e permissiva dos avós e pais não contribuíram para o desenvolvimento sócio-emocional da maioria dos filhos e de todos os jovens, influenciando a aquisição dos valores pelos participantes da geração dos pais e dos filhos.

O estudo mencionado acima descreve aspectos que contribuem para a desestrutura familiar e enfatizam a dificuldade de alguns pais em se relacionar e/ou serem correspondidos por seus filhos. O diagnóstico de enfermagem identificado abaixo segue este mesmo raciocínio.

O **desempenho de papel (de mãe) ineficaz** conceitua-se como “padrões de comportamento e auto-expressão que não combinam com o contexto, as normas e as expectativas do ambiente” (NANDA, 2006, p. 172). Apresentou em 50,0% o fator relacionado falta de conhecimento sobre o papel de mãe e sobre as habilidades necessárias ao papel de mãe e em 50,0% o conflito familiar, como característica definidora foi identificada a tensão do papel (100,0%).

Para as idosas que apresentaram este diagnóstico desempenhar o papel de mãe é muito difícil, por não ser mais elas que ditam as regras para um determinado filho. Uma idosa foi hospitalizada devido ao conflito que teve com a filha, uma vez que esta queria que a mãe assinasse os papéis para ela vender a sua parte na herança e isto lhe causou um nervosismo tão intenso que desencadeou piora na dispnéia (a idosa faz uso contínuo de oxigênio).

O conflito familiar está relacionado à diminuição da qualidade de vida. Para se viver melhor é necessário preservar os relacionamentos interpessoais a partir de um convívio social saudável com todos da comunidade, bom relacionamento familiar, incluindo adequada criação e educação dos filhos e netos, capacidade para

estabelecer contato com novas pessoas e ampliar o círculo de amigos e bom relacionamento com o cônjuge (VECCHIA et al., 2005).

A identificação dos DE deste domínio permite compreender a dinâmica familiar do idoso, sua interação na comunidade, identificar pontos passíveis de serem trabalhados e efeitos das mudanças de papel nos processos familiares. O objetivo é subsidiar a assistência oferecida durante a internação hospitalar e viabilizar a continuidade destas ações na comunidade.

4.1.8 Diagnósticos de enfermagem do domínio Eliminação/Troca

O domínio Eliminação/Troca apresentou os diagnósticos reais: **incontinência urinária funcional** (10,7%), **eliminação urinária prejudicada** (10,7%), **constipação** (3,5%), três diagnósticos de risco: **risco de constipação** (3,5%), **risco de incontinência urinária de urgência** (3,5%), **risco incontinência fecal** (3,5%) e um diagnóstico de bem-estar: **disposição para eliminação urinária melhorada** (7,1%). A Tabela 20 detalha os fatores relacionados, características definidoras dos diagnósticos reais deste domínio.

O diagnóstico **incontinência urinária funcional** teve uma prevalência de 10,7% e refere-se à “incapacidade da pessoa para alcançar o banheiro a tempo de evitar perda da urina” (NANDA, 2006, p. 134). Apresentou em 66,6% o fator relacionado enfraquecimento das estruturas de suporte pélvico, limitações neuromusculares (33,3%) e cognição prejudicada (33,3%) e como característica definidora o fato de perder a urina antes de alcançar o banheiro (66,6%), tempo necessário para alcançar o banheiro excede o espaço de tempo entre a sensação de urgência para urinar e o esvaziamento involuntário da bexiga (33,3%).

Tabela 20 - Distribuição dos fatores relacionados e das características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Eliminação e troca, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Fator Relacionado	f	%	Característica Definidora	f	%
Eliminação urinária prejudicada	3	10,7	-infecção do trato urinário	2	66,6	-retenção	1	33,3
			-múltiplas causas (doença de base: ICC, HA, DM),	1	33,3	-freqüência (poliúria)	1	33,3
			-obstrução anatômica	1	33,3	-disúria	1	33,3
Incontinência urinária funcional	3	10,7	-enfraquecimento das estruturas de suporte pélvico	2	66,6	-perde a urina antes de alcançar o banheiro.	2	66,6
			-limitações neuromusculares	1	33,3	-tempo necessário para alcançar o banheiro excede o espaço de tempo entre a sensação de urgência para urinar e o esvaziamento involuntário da bexiga	1	33,3
			-cognição prejudicada	1	33,3			
Constipação	1	3,5	-hábitos de evacuação irregular	1	100,0	-freqüência diminuída	1	100,0

Nota-se que as três pessoas que apresentaram esse diagnóstico eram do sexo feminino e possuem uma história de multiparidade: uma elimina a urina durante o sono; a outra elimina a urina durante o sono e não consegue chegar ao banheiro a tempo de urinar e a última não consegue chegar ao banheiro a tempo de urinar.

Rodríguez (2004a) afirma que o envelhecimento provoca no idoso um enfraquecimento do assoalho pélvico, ocorrendo uma diminuição da capacidade de sustentação e do volume vesical, enfraquecimento dos músculos esfínterianos, diminuição na inibição das contrações vesicais esporádicas, além do aumento na freqüência urinária, aumento do volume urinário residual, diminuição do volume urinário necessário para desencadear contrações vesicais, aumento da excreção urinária noturna e hiperreflexia do músculo detrusor.

Busby-Whitehead e Johnson (2001, p. 290) relataram que incontinência urinária pode ser definida como a perda involuntária de urina, afetando mais de 10 milhões de adultos, incluindo aproximadamente “30% de adultos idosos que residem na comunidade, 35 a 40% de pacientes idosos nos hospitais de atendimento agudo e 50% de idosos residentes em casas geriátricas”. Esses autores reforçam que a incontinência urinária não é algo próprio do idoso, porém a idade avançada, o gênero feminino, a demência, os transtornos afetivos, história de cirurgia ginecológica, redução funcional da capacidade vesical podem contribuir para isso (BRANDEIS; RESNICK, 2002; BUSBY-WHITEHEAD; JOHNSON, 2001).

Volpato (2001) encontrou o diagnóstico **incontinência urinária** em 10,0% das idosas internadas na clínica médica e cirúrgica. Essas idosas relataram desconforto pela presença de odor, incômodo e constrangimento por estar com a sensação de impregnação de urina nas roupas.

As orientações para essas idosas devem ser fornecidas tanto no ambiente hospitalar quanto na atenção básica e devem estar relacionadas a: limitar líquidos por duas a três horas antes de ir dormir, quando adequado; orientar quanto a ingestão de diurético no período da manhã; orientar a idosa a reagir imediatamente ao ímpeto de urinar; auxiliar a pessoa a desenvolver uma rotina de uso do sanitário, quando adequado e orientar quanto à monitorização dos sinais e sintomas de infecção do trato urinário.

O diagnóstico **eliminação urinária prejudicada** ocorreu em 10,7% da amostra deste estudo e define-se como distúrbio na eliminação de urina (NANDA, 2006, p. 93). Apresenta como fator relacionado a infecção do trato urinário (66,6%), múltiplas causas (33,3%) e a obstrução anatômica (33,3%) e como característica definidora a retenção (33,3%), frequência (poliúria) em 33,3% e disúria (33,3%).

As pessoas que apresentaram esse diagnóstico eram do sexo masculino, um estava em uso de sonda vesical de demora e o outro em uso de coletor urinário externo. As alterações urinárias eram a retenção, infecção de urina, frequência urinária aumentada devido à presença de patologias, por exemplo, a diabetes mellitus.

O envelhecimento provoca no idoso uma prevalência de contrações involuntárias no assoalho pélvico, bacteriúria, volume residual pós-miccional aumentado, diminuição na inibição das contrações vesicais esporádicas, além do aumento na frequência urinária, diminuição do volume urinário necessário para desencadear contrações vesicais, aumento da excreção urinária noturna e hiperreflexia do músculo detrusor (KAISER, 2002; BRANDEIS; RESNICK, 2002).

A orientação de enfermagem direcionada ao idoso e família inclui o cuidado com a sonda de demora, ingestão de líquido de no mínimo 1500 ml diariamente, identificação dos sinais e sintomas de infecção do trato urinário, encaminhar ao médico se ocorrerem sinais e sintomas de infecção do trato urinário e auxiliar no uso do sanitário a intervalos regulares, quando adequado.

Algumas informações quanto a medidas de segurança devem ser fornecidas aos idosos, cuidadores e familiares com o intuito de organizar a estrutura da casa: evitar colocar tapetes na beirada da cama, deixar poucos móveis no local de circulação do idoso, deixar um chinelo antiderrapante próximo da cama, colocar barras de apoio no banheiro, deixar a porta do banheiro entreaberta, deixar sempre uma luz acesa próxima ao banheiro, evitar roupas de difícil abertura, evitar fraldas ou toalhas higiênicas em horário que poderiam ficar sem essas. Essas medidas facilitam a ida do idoso ao banheiro principalmente durante a noite, além de prevenir quanto à queda.

O diagnóstico **constipação** se refere à “diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes e/ou passagem de fezes excessivamente duras e secas” (NANDA, 2006, p. 60). Apresentou como fator relacionado os hábitos de evacuação irregular (100,0%) e como característica definidora a frequência diminuída.

Observa-se no relato do idoso que apresentou esse diagnóstico o uso eventual de laxantes, baixa ingestão hídrica, consumo de verduras e legumes de apenas uma vez por semana e intolerância à atividade física.

Blanes, Hamanaka e Matheus (2000) reforçam que a constipação é algo muito frequente em pessoas hospitalizadas. Ela tende a aumentar naqueles que têm o hábito de ingerir pouca quantidade de água, alterando desta forma a função intestinal. O intestino grosso possui a propriedade de absorver água e quando o bolo alimentar transcorre muito lentamente por essa porção final do intestino, uma maior quantidade de água é removida da luz intestinal e as fezes tendem a se apresentar excessivamente endurecidas. No ambiente hospitalar, as pessoas se locomovem em quantidade inferior à que estão habituadas, o que contribui para exacerbar a constipação.

Blanes, Hamanaka e Matheus (2000) estudaram o diagnóstico **constipação** em 10 pacientes internados, no ano de 1998, encontrando que os fatores relacionados foram a ingestão de dieta pobre em fibras, ingestão inadequada de líquidos, imobilidade, falta de exercícios e uso de medicamentos que alteraram a função intestinal. As características definidoras mais encontradas foram a frequência reduzida (menos de três evacuações semanais), fezes secas, duras e bem formadas, uso de laxantes, desconforto abdominal e ruídos hidroaéreos diminuídos.

Torna-se importante que o enfermeiro, independente do campo de atuação, ofereça informações para o idoso e cuidador, relacionando a dieta com elevado teor de fibras, uso adequado de laxante, explicar a relação entre dieta, exercício e ingestão de líquidos com a constipação intestinal e encorajar a redução da ingestão de alimentos formadores de gases, procurando dessa forma amenizar ou solucionar o diagnóstico Constipação. Os diagnósticos de risco identificados neste domínio estão ilustrados na Tabela 21.

Tabela 21 - Distribuição dos fatores de risco, segundo os diagnósticos do domínio Eliminação e troca, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Fator de risco	f	%
Risco de constipação	1	3,5	Mudanças recentes de ambiente	1	100,0
Risco de incontinência urinária de urgência	1	3,5	Efeito de medicações (diurético)	1	100,0
Risco de perder a continência fecal eventualmente	1	3,5	Anormalidade do esfíncter anal	1	100,0

Os diagnósticos **risco de constipação**, **risco de incontinência urinária de urgência**, **risco incontinência fecal** predominaram em 3,5% da amostra. **Risco de constipação** se refere a “risco de diminuição da frequência normal de evacuação, acompanhada por dificuldade ou eliminação incompleta de fezes e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas” (NANDA, 2006, p. 63), apresentou como fator de risco a mudança recente de ambiente (100,0%).

O diagnóstico **risco de incontinência urinária de urgência** define-se como um “estar em risco de perda involuntária de urina associada com súbita e forte sensação de urgência urinária” (NANDA, 2006, p. 133). Apresentou como fator de risco o efeito de medicação (diurético) em 100,0%.

O diagnóstico **risco incontinência fecal** não consta na Taxonomia II da NANDA (2006), porém foi identificado nesse estudo em 3,5% da amostra e

apresentou como fator de risco anormalidade do esfíncter anal. A NANDA (2006) sugere o diagnóstico incontinência intestinal que refere a mudança nos hábitos intestinais normais caracterizada por passagem involuntária das fezes. Optou-se por elaborar um outro diagnóstico, uma vez que o idoso em estudo apresentava nódulo em região anal e hemorróidas, o que estava dificultando o controle do esfíncter. Foi sugerido o termo *risco* visto que a ocorrência foi apenas de uma vez.

Shaker, Dua e Koch (2002) referem que a incontinência de material líquido é mais comum, e a incontinência fecal é mais predominante em homens do que em mulheres. O desenvolvimento da incontinência fecal é um fator importante e deve ser abordado no atendimento de enfermagem.

A análise desses diagnósticos foi feita ao longo desse domínio, cabendo ressaltar a importância da identificação desses, por se tratar de respostas humanas que poderão acontecer. Esses diagnósticos devem ser trabalhados na atenção básica para que os idosos não venham a desenvolvê-la. A mudança de hábitos de vida ameniza a presença desses fatores de risco, que muitas vezes proporcionam a exclusão. A Tabela 22 ilustra o diagnóstico de bem-estar deste domínio.

Tabela 22 - Distribuição das características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Eliminação e troca, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Característica Definidora	f	%
Disposição para eliminação urinária melhorada	2	7,1	-A ingestão de líquidos adequada para as necessidades diárias	2	100,0
			-Urina de cor clara	2	100,0

O diagnóstico **disposição para eliminação urinária melhorada** refere-se a “um padrão de funções urinárias que é suficiente para satisfazer necessidades de eliminação e que pode ser reforçado” (NANDA, 2006, p. 92) e predominou em 7,1%. Apresentou como característica definidora ingestão de líquidos adequada para as necessidades diárias (100,0%) e urina de cor clara (100,0%).

Os idosos que apresentaram esse diagnóstico relataram sentir que a coloração da urina clareou, a ardência ao urinar diminuiu após o aumento da ingesta hídrica. Referiram ingerir aproximadamente dois litros de água por dia, chegando a carregar água para os locais que freqüentam.

Cabe ao enfermeiro reforçar esse comportamento de busca de saúde e procurar identificar outros pontos que podem ser trabalhados, como forma de aumentar a qualidade de vida dos idosos.

4.1.9 Diagnósticos de enfermagem do domínio Conforto

No domínio Conforto dois diagnósticos reais foram identificados: **dor aguda** (25,0%) e **isolamento social** (3,5%). A Tabela 23 detalha os fatores relacionados dos diagnósticos deste domínio.

Tabela 23 - Distribuição dos fatores relacionados e das características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Conforto, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Fator Relacionado	f	%	Característica Definidora	f	%
Dor aguda	7	25,0	-agentes lesivos (biológico)	4	57,1	-relato verbal	7	100,0
			-doença	2	28,5			
			-lesão em MMII	2	28,5			
Isolamento Social	1	3,5	-incapacidade de engajar-se em relacionamentos pessoais satisfatórios	1	100,0	-expressa sentimentos de solidão imposta por outros	1	100,0

O diagnóstico **dor aguda** define-se como experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos 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). Apresentou uma prevalência de 25,0% e teve como fator relacionado agentes

lesivos (57,1%), doença (28,5%), lesão de MMII (28,5%) e característica definidora de relato verbal (100,0%).

Os idosos apresentavam dor devido ao processo patológico que ocasionou a internação hospitalar e o maior valor atribuído na escala de copos foi de dois.

Lacerda et al. (2005) realizaram um estudo com 40 idosos no município de Goiânia, constatando que 62,5% apresentaram o diagnóstico de enfermagem dor crônica, sendo 36% de intensidade insuportável, 28% leve, seguida de 20% intensidade moderada e 16% intensa. As características definidoras destacadas foram relato verbal ou codificado (100%), capacidade alterada de continuar atividades prévias (68%), mudanças no padrão de sono (48%) e fadiga (52%).

No presente estudo não foi identificado o diagnóstico de dor crônica, apenas o de dor aguda. Vale ressaltar que a amostra desse estudo era de idosos admitidos e, no momento da coleta de dados, todos já haviam se submetido à avaliação da equipe de enfermagem e encontravam-se medicados, o que pode ter interferido na ocorrência desse diagnóstico e nos valores baixos encontrados na escala de copos.

Na avaliação da enfermagem torna-se imprescindível um levantamento abrangente da dor, de modo a incluir o local, as características, o início/duração, a intensidade ou a gravidade da dor e os fatores precipitantes; oferecer analgésicos quando prescritos, reduzir ou eliminar os fatores que precipitam ou aumentam a experiência de dor e promover sono/repouso adequado para alívio da dor. Por meio do levantamento dessas informações, o idoso poderá conhecer fatores que desencadearam ou aumentam a dor e buscar formas de amenizá-las.

O diagnóstico **isolamento social** conceitua-se como solidão experimentada pelo indivíduo e percebida como imposta por outros e como um estado negativo ou ameaçador (NANDA, 2006) e teve uma freqüência de 3,5%. Apresentou como causa

a incapacidade de engajar-se em relacionamentos pessoais satisfatórios (100,0%) e isso foi manifestado por expressão de sentimentos de solidão imposta por outros (100,0%).

A idosa que apresentou esse diagnóstico refere se sentir sozinha porque os filhos não lhe dão atenção, não possui relacionamento social; desta forma não faz visita a outras pessoas e também não recebe; refere que, quando os vizinhos passam por ela, não a cumprimentam. Disse que não gosta deles e dessa forma mantém pouco contato.

Estudo realizado por Trentini et al. (2005) com 18 idosos mostrou que os idosos são os que mais necessitam de reconhecimento, de serem ouvidos nas alegrias e nos infortúnios e, infelizmente, são pouco ouvidos pelas pessoas em geral e também pela maioria dos profissionais da saúde. O medo do idoso inclui o do isolamento e, principalmente, quando está sofrendo por perdas, essas impulsionam a pessoa a procurar compreensão de outras pessoas, sejam elas da família, amigas e/ou profissionais da saúde.

Esse diagnóstico apareceu em decorrência do estado de saúde do idoso que tem dificuldade para sair de casa; junto a isso, veio a dificuldade de interação com os vizinhos, oriunda de várias brigas e discussões, fazendo com que esse idoso passe as horas do dia restrito ao ambiente domiciliar.

O enfermeiro, principalmente da atenção básica, deve encorajar um maior envolvimento dos idosos em relações já estabelecidas; fortalecer as relações com pessoas que tenham interesses e metas comuns; encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias, como grupos da terceira idade, uma religião, confraternizações na rua e encorajar a partilha de problemas comuns com outras pessoas.

A identificação dos DE desse domínio visa promover uma maior sensação de bem-estar durante o período de internação hospitalar e no ambiente domiciliar. É importante que o enfermeiro auxilie o idoso a adaptar a sua vida de forma a conviver com a doença, não se limitando a ela. O dimensionamento de atividades e valores deve ser realizado com o intuito de auxiliar o idoso a manter todas as atividades realizadas antes da descoberta da doença e que são importantes para ele.

4.1.10 Diagnósticos de enfermagem do domínio Nutrição

O domínio Nutrição apresentou três diagnósticos reais: nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais (3,5%), nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (3,5%) e volume excessivo de líquidos (3,5%) e um diagnóstico de risco: risco de volume de líquidos deficiente (10,7%).

A Tabela 24 mostra os fatores relacionados e as características definidoras dos diagnósticos desse domínio.

Tabela 24 - Distribuição dos fatores relacionados e das características definidoras, segundo os diagnósticos do domínio Nutrição, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).

Diagnóstico de Enfermagem	n %	Fator Relacionado	f %	Característica Definidora	f %
Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	2 7,1	-ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas	1 100,0	-peso 20% acima do ideal para a altura e a compleição -nível de atividade sedentário	1 50,0 1 50,0
Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	1 3,5	-incapacidade de ingerir alimentos sólidos	1 100,0	-baixo peso	1 100,0
Volume excessivo de líquidos	1 3,5	-mecanismos reguladores comprometidos	1 100,0	-edema	1 100,0

O diagnóstico **nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais** conceitua-se como “ingestão de nutrientes que excede as necessidades

metabólicas” (NANDA, 2006, p. 167). Apresentou como fator relacionado a ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas (100,0%) e como característica definidora o peso 20% acima do ideal para a altura e compleição (50,0%) e o nível de atividade sedentário (50,0%).

Os dois idosos que apresentaram esse diagnóstico relataram preferência por alimentos que contêm carboidratos e estavam com o Índice de Massa Corpórea (IMC) acima da normalidade.

Os hábitos alimentares incorretos, como ausência de horários para se alimentar, grandes períodos de jejum, cardápio baseado em carboidratos e vida sedentária proporcionam um aumento de peso.

Prado e Tavares (2004) recomendam que a pessoa idosa tenha uma alimentação bem variada, mantenha um peso saudável, evite excessos de frituras e de gorduras de origem animal, consuma bastantes vegetais, frutas e grãos, use açúcar, sal e bebidas alcoólicas somente com moderação. Toda atenção deve ser dada ao aspecto sabor e cheiro das preparações, a fim de tornar a alimentação não apenas veículo de nutrientes, mas também de carinho, cuidado e prazer.

O enfermeiro deve discutir com esses idosos a relação entre a ingestão alimentar, exercício, aumento do peso, riscos associados ao fato de se estar acima ou abaixo do peso, determinar o peso corpóreo ideal para o idoso e motivar a mudança de hábitos alimentares.

O diagnóstico **nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais** refere-se à “ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer as necessidades metabólicas” (NANDA, 2006, p. 169). Apresentou como fator relacionado a incapacidade de ingerir alimentos sólidos (100,0%) e como característica definidora baixo peso (100,0%).

O IMC do idoso que apresentou esse diagnóstico foi de 17,3 kg/m² com relato de náuseas e inapetência há aproximadamente um ano, não conseguindo aceitar a dieta hospitalar.

Dentre as principais causas que levam o idoso à perda de peso e à desnutrição está a alteração fisiológica própria do envelhecimento, enfermidade crônica e fatores relacionados à situação social do idoso (SALGADO, 2002). A prevalência da desnutrição na população idosa brasileira em seguimento ambulatorial, é cerca de 20% e nos idosos hospitalizados essa porcentagem aumenta para 60%. Esses dados refletem a importância de se tentar evitar ou mesmo retardar perdas de peso indesejáveis, a partir da monitoração do estado nutricional e da utilização de técnicas dietéticas que permitam melhorar o valor calórico e, conseqüentemente, a adequação da quantidade e da combinação de nutrientes essenciais para o organismo (NAJAS, PEREIRA, 2002).

Os enfermeiros devem incentivar a mudança de hábitos alimentares para um cardápio que possua proteínas, ferro, vitamina C, e se necessário, estimular que a dieta inclua alimentos com elevado teor de fibras para evitar constipação. Essas orientações devem ser repassadas tanto ao idoso quanto aos familiares/cuidadores, já que são os últimos que providenciam as refeições no ambiente domiciliar.

O diagnóstico **volume excessivo de líquido** denomina-se como “a retenção aumentada de líquidos isotônicos” (NANDA, 2006, p. 246) e teve uma prevalência de 3,5%. Apresentou como fator relacionado mecanismos reguladores comprometidos e como característica definidora edema.

O excesso de volume de líquido refere-se a uma expansão isotônica do compartimento de líquido extracelular provocada pela retenção anormal de água e

sódio, em proporções aproximadamente idênticas àquelas em que ele normalmente existe no compartimento de líquido extracelular (SMELTZER; BARE, 2006).

O edema ocorre quando existe uma alteração na membrana capilar, aumentando a formação de líquido intersticial ou diminuindo a remoção de líquido intersticial (SMELTZER; BARE, 2006).

A identificação desse diagnóstico visa a prevenção ou restauração do volume de líquido intravascular circulante e orientações como a restrição de sódio na alimentação, o uso adequado de diuréticos, elevação dos membros, uso de meias elásticas que podem ser oferecidas durante a admissão hospitalar com o intuito de ser seguido no domicílio.

A Tabela 25 detalha os fatores de risco deste domínio.

Tabela 25 - Distribuição dos fatores de risco, segundo os diagnósticos do domínio Nutrição, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Fator de risco	f	%
Riscos de volume de líquidos deficientes	3	10,7	Medicação (diuréticos)	2	66,6
			Estado de saúde	2	66,6

O diagnóstico **risco de volume de líquidos deficiente** ocorreu em 10,7% e refere-se ao “risco de desidratação vascular, celular ou intracelular” (NANDA, 2006, p. 244). Apresentou como fator de risco medicação (66,6%) e *estados de saúde* (66,6%).

Galdeano, Rossi e Nobre (2003) pesquisaram os DE em 17 pessoas que fizeram cirurgia cardíaca encontrando em 100,0% o diagnóstico risco de desequilíbrio do volume de líquidos em que foram sugeridos como fatores de risco os fatores que interferem nas necessidades de líquidos e situações em que ocorram perdas de líquidos corporais ou ganho de líquidos, ou ambos (como ocorre em cirurgia ou em outros procedimentos invasivos maiores).

Na clínica médica, puderam-se identificar idosos que ingerem poucas quantidades de líquido por dia, sendo relatado esquecimento de beber água ou obrigação em desempenhar essa atividade. Não foi observada a queixa de sede excessiva. A falta de sede faz com que os idosos esqueçam de ingerir líquido, fato que preocupa pelo risco de se adquirir a desidratação.

Os idosos são mais susceptíveis à perda de líquidos e à desidratação, porque possuem fluxo sanguíneo renal de filtração glomerular diminuídos, apresentam autolimitação da ingestão de líquidos (CARPENITO, 2002). 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 (SALGADO, 2002; ABBASI, 2002).

Durante a internação hospitalar é importante identificar a presença desses diagnósticos para oferecer ao idoso informações necessárias para que ele adquira um peso ideal, hábitos alimentares e de ingestão adequadas que promovam a sua saúde, considerando a doença de base do idoso.

4.1.11 Diagnósticos de enfermagem do domínio Sexualidade

O domínio Sexualidade apresentou um predomínio do diagnóstico: **disfunção sexual** (14,2%) e **padrões de sexualidade ineficazes** (7,1%). A Tabela 26 detalha os fatores relacionados e as características definidoras dos diagnósticos deste domínio.

Tabela 26 - Distribuição dos fatores relacionados, segundo os diagnósticos do domínio Sexualidade, identificados na admissão dos idosos. Clínica Médica de um Hospital Escola. Região Centro-Oeste, abril-outubro, 2007 (N = 28).

Diagnóstico de Enfermagem	n	%	Fator Relacionado	f	%	Característica Definidora	f	%
Disfunção sexual	4	14,2	-falta de conhecimento	2	50,0	-verbalização do problema	3	75,00
			-falta de pessoa significativa,	1	25,0	-limitações reais	1	25,00
			-estrutura corporal da função alterada (processo de doença)	1	25,0	-conflitos de valores	1	25,00
Padrões de sexualidade ineficazes	2	7,1	-relacionamento prejudicado com uma pessoa significativa	2	100,0	-mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais	2	100,0

O diagnóstico **disfunção sexual** define-se como “mudança na função sexual, que é vista como insatisfatória, não-compensadora e inadequada” (NANDA, 2006, p. 209), e apareceu em 14,2%. Apresentou como fator relacionado a informação inadequada ou falta de conhecimento (50,0%), estrutura corporal da função alterada (processo de doença (25,0%) e falta de pessoa significativa (25,0%). Apresentou como característica definidora a verbalização do problema (75,0%), limitações reais (25,0%) e conflito de valores (25,0%).

Vasconcellos et al. (2004) realizaram um estudo com 187 pessoas, entre 52 e 90 anos, residentes em Portugal e no Brasil, que apresentavam boa saúde física e mental, identificando que 13% das brasileiras declaram não estar interessadas em sexo, contra quase o triplo das portuguesas. A maioria da amostra dos dois países afirma que teve uma vida sexual satisfatória, ainda que um quarto das brasileiras e 16% das portuguesas considerem que nunca se sentiram sexualmente realizadas, sendo verificada uma diferença cultural significativa.

No presente estudo, os idosos disseram ter parado as atividades sexuais em decorrência do surgimento da doença. Eles acreditam que a atividade sexual pode prejudicar o sistema cardíaco e esse esforço aumentado do músculo cardíaco levar

a óbito. Todos que pararam de realizar atividades sexuais foram por sugestão da companheira ou por decisão própria. Vale ilustrar que, dos quatro idosos que apresentaram esse diagnóstico, três eram casados ou estavam em união consensual e apenas um idoso queixou a ausência da parceira.

Muitos idosos apresentam dificuldade de abordar sua sexualidade com os profissionais da saúde e acabam formulando conceitos por meio da troca de experiência com outras pessoas, o que ocasiona mudança de comportamento sem uma fundamentação teórica que justifique a mudança. O enfermeiro deve estabelecer uma relação terapêutica com o idoso, procurando identificar o nível de conhecimento acerca de sua sexualidade, discutir o efeito da doença/situação de saúde sobre a sexualidade e estimular o idosos a verbalizar seus medos. Esse tipo de abordagem é mais fácil de ser realizado na atenção primária, visto que a equipe de saúde tem um vínculo maior e contínuo com a comunidade, o que facilita uma relação de confiança entre os membros.

O **padrões de sexualidade ineficazes** ocorreu em 7,1% e conceitua-se como “expressões de preocupação quanto à sua própria sexualidade” (NANDA, 2006, p. 210). Apresentou como fator relacionado o relacionamento prejudicado com uma pessoa significativa (100,0%) e como característica definidora mudanças relatadas nos comportamentos ou atividades sexuais (100,0%).

Vasconcellos et al. (2004) reforçam que até recentemente se acreditava que por volta dos cinquenta anos o declínio da função sexual era inevitável face à menopausa feminina e à instalação progressiva das disfunções da ereção masculina. Lyra e Jesus (2007) afirmam que na velhice os problemas sexuais estão relacionados à falta de uma educação sexual adequada, permeada de constantes repressões e tabus impostos durante a fase de descobrimento da sexualidade e que

perduram durante toda a vida, fazendo com que o idoso não consiga se libertar, refletindo na forma como encaram sua sexualidade.

Os dois idosos que apresentaram esse diagnóstico eram casados e queixavam-se de falta de liberdade em abordar o assunto relacionamento sexual com os parceiros, o que interferia no ato sexual.

Volpato (2001) destaca que os enfermeiros devem reconhecer os problemas da área sexual como problemas dignos de intervenções pelos profissionais da saúde, oferecendo ações que sejam capazes de conduzir os pacientes a um padrão de sexualidade com a melhor funcionalidade possível.

Em alguns idosos é observado que o não-investimento em atividades que mantêm a genitalidade se deve à ausência do companheiro, ao acometimento de doenças tanto do parceiro quanto do próprio idoso e a trajetória sexual vivida, que faz com que o idoso não tenha a oportunidade de se expressar e viver sua sexualidade (LYRA; JESUS, 2007).

O diagnóstico de enfermagem desse domínio deve ser identificado na admissão, uma vez que algumas doenças principalmente as cardio-respiratórias desencadeiam diversos tabus, como a proibição da prática sexual. Esses déficits de conhecimento que interferem na sexualidade devem ser trabalhados assim que descobertos, com o intuito de proporcionar uma maior satisfação sexual.

5. CONCLUSÃO

Este estudo analisou o perfil de DE de acordo com a Taxonomia II da NANDA (2006), na admissão hospitalar de idosos atendidos na clínica médica de um Hospital Escola da Região Centro-Oeste.

Os idosos admitidos na clínica médica apresentaram como características ser predominantemente homens; faixa etária de 60 a 79 anos; católicos; escolaridade até quatro anos; renda mensal de um a três salários mínimos, portadores de uma ou mais enfermidades e foram internados anteriormente.

Estes dados subsidiarão o planejamento da assistência de enfermagem individualizado, por meio da otimização dos recursos humanos e materiais, garantindo a qualidade do cuidado prestado ao idoso no período da internação hospitalar.

Formulou-se um total de 346 títulos de DE e cada sujeito apresentou mais de um DE. Destes, 57 se referiam a diferentes títulos de DE, correspondendo a 33,1% dos títulos diagnósticos existentes na Taxonomia II da NANDA (2006).

Os diagnósticos que obtiveram uma freqüência maior ou igual a 50% foram: dentição prejudicada (100,0%), risco de infecção (100,0%), conhecimento deficiente (82,1%), disposição para autoconceito melhorado (82,1%), disposição para processos familiares melhorados (72,5%), disposição para enfrentamento (individual) aumentado (60,6%) e risco de quedas (57,1%).

Os diagnósticos que apresentaram freqüência entre 25% e menor que 50% foram: percepção sensorial (visual, auditiva, olfativa e tátil) perturbada (46,4%), controle eficaz do regime terapêutico (42,8%), disposição para o controle aumentado do regime terapêutico (39,2%), padrão de sono prejudicado (28,5%), intolerância à

atividade (25,0%), fadiga (25,0%), mobilidade física prejudicada (25,0%), ansiedade (25,0%) e dor aguda (25,0%).

Dos 16 DE com frequência maior que 25% observa-se que 10 eram DE reais, quatro de bem-estar e dois de risco. Vale ressaltar que os diagnósticos de bem-estar identificados neste estudo como a disposição para autoconceito melhorado, disposição para processos familiares melhorados e disposição para enfrentamento individual aumentado que apareceram em mais de 50%, reforçam os pressupostos que na admissão hospitalar os idosos já se encontram dispostos a buscar a saúde, com uma relação familiar que predispõe ao cuidado e uma auto-imagem que favorece o bem-estar. Estes pontos são positivos e devem ser mais explorados pelos profissionais de saúde, por favorecer a interação terapêutica e estimular que comportamentos e respostas positivas sejam estabelecidos para a resolução dos problemas e dos fatores relacionados/de risco.

Os DE formulados com frequência inferior a 25%, foram: disposição para nutrição melhorada (21,4%), risco de intolerância à atividade (21,4%), débito cardíaco diminuído (17,8%), ventilação espontânea prejudicada (17,8%), estilo de vida sedentário (14,2%), disfunção sexual (14,2%), integridade da pele prejudicada (14,2%), controle ineficaz do regime terapêutico (17,8%), risco de volume de líquidos deficientes (10,7%), incontinência urinária funcional (10,7%), eliminação urinária prejudicada (10,7%), deambulação prejudicada (10,7%), risco de padrão respiratório ineficaz (10,7%), déficit de autocuidado para vestir-se/arrumar-se (10,7%), déficit no autocuidado para banho/higiene (10,7%), déficit no autocuidado para higiene íntima (10,7%), padrão respiratório ineficaz (7,1%), nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais (7,1%), disposição para eliminação urinária melhorada (7,1%), confusão aguda (7,1%), processos familiares interrompidos (7,1%),

desempenho de papel (de mãe) ineficaz (7,1%), padrões de sexualidade ineficazes (7,1%), volume excessivo de líquidos (3,5%), nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais (3,5%), constipação (3,5%), risco de constipação (3,5%), risco de incontinência urinária de urgência (3,5%), *risco incontinência fecal* (3,5%), déficit no autocuidado para alimentação (3,5%), perambulação (3,5%), disposição para conhecimento aumentado (sobre a doença) (3,5%), memória prejudicada (3,5%), comunicação verbal prejudicada (3,5%), risco de solidão (10,7%), risco de sentimento de impotência (3,5%), baixa auto-estima situacional (3,5%), distúrbio da imagem corporal (3,5%), hipertemia (3,5%) e isolamento social (3,5%).

Dos 41 diagnósticos que apresentaram uma frequência menor que 25%, observa-se que 29 eram DE reais, três de bem-estar e nove de risco. Por se tratar de idosos no momento da admissão hospitalar torna-se importante enfatizar o predomínio dos DE reais, caracterizando a necessidade da atuação multiprofissional e interdisciplinar. Este estudo aponta para a necessidade de conhecimentos das especificidades do processo de envelhecimento humano.

Verifica-se que 16 das 57 categorias ocorreram em apenas um (3,57%) idoso. Esses diagnósticos provavelmente salientam as situações de saúde específicas de idosos estudados, evidenciando que para atender às especificidades, o enfermeiro deve estar preparado também para a identificação e tratamento de diagnósticos que ocorrem em baixa frequência, uma vez que o cuidado de enfermagem deve ser holístico e direcionado para as necessidades do idoso.

Vale ressaltar que a Taxonomia II da NANDA se mostrou um sistema de classificação útil para denominação das respostas humanas dos idosos; contudo ainda não se consegue abranger todas as respostas humanas individuais já que são muito abrangentes os fatores biológicos, psicológicos e sociais que devem ser

investigados. Por isto o acréscimo do diagnóstico *risco de incontinência fecal* e o fator de risco *anormalidade no esfíncter anal*, fica como sugestão de investigação para um outro estudo a viabilidade e validação deste diagnóstico.

Os fatores relacionados mais prevalentes foram fraqueza/cansaço, alterações metabólicas, doença crônica, fadiga, cognição prejudicada, desequilíbrio entre a oferta e demanda de oxigênio. Os fatores de risco identificados nos idosos do estudo foram: o uso de medicamentos, energia diminuída/fadiga e presença de problemas circulatório/respiratório.

Verifica-se que a maioria dos idosos tem como causa e fator de risco os problemas biológicos envolvendo as alterações fisiológicas do envelhecimento e as DCNT, mesmo sabendo das influências psicossociais, as biológicas ainda preponderaram na admissão. Esta associação consiste em um desafio para a assistência ao idoso, uma vez que requer um planejamento resolutivo somado a necessidade de capacitação de profissionais para atender a esta clientela.

As características definidoras foram cansaço, agitação, FC aumentada, relato verbal de fraqueza, mudança relatada na acuidade sensorial, dispnéia e ansiedade. A equipe de saúde deve estar mais atenta aos sinais e sintomas e desta forma identificar as manifestações e monitorar as alterações.

O presente estudo proporcionou conhecer quais as respostas humanas de idosos admitidos e fornecer subsídios para que a equipe de enfermagem do referido hospital possa fundamentar a assistência, planejando um cuidado holístico e resolutivo, além de possibilitar a adequação dos recursos humanos e materiais para atender a essa demanda.

Os resultados apontam para a necessidade de formação de profissionais de enfermagem que direcionem sua atuação para a concepção de saúde, em que

devem ser abordados os fatores biopsicossociais, no ensino, nas pesquisas e na educação permanente. A inserção precoce dos profissionais na prática torna-se fundamental quando esses terão experiências das demandas de serviços dessa população idosa emergente; desenvolverão habilidades em utilizar os DE que constitui uma linguagem universal para comunicação profissional de enfermagem e para se posicionar diante de uma equipe multiprofissional; além de subsidiar respostas às necessidades de saúde que vêm apontando para a desospitalização e internação domiciliar.

Surge a necessidade de mudança na formação pedagógica para conseguir atender às respostas humanas que a população idosa demanda e que foram identificadas nesta pesquisa, formando profissionais com capacidade de observar, analisar, buscar ativamente as respostas, trocar conhecimentos com outros profissionais e com outras disciplinas, dar soluções reais às necessidades da população e validar o conhecimento por meio de pesquisas científicas que visem contribuir com os problemas apresentados pelas pessoas e vivenciadas na prática.

Os resultados deste estudo servem de reflexão para que os profissionais da atenção básica repensem sua prática, no sentido de se capacitarem para atuarem nas respostas humanas identificadas no idoso, com o intuito de estabilizar e/ou melhorar a qualidade de vida destes.

Para isto, devem-se utilizar o sistema de referência e contra-referência como um veículo de comunicação entre os profissionais da saúde, garantindo, desta forma, a continuidade do cuidado que é oferecido nas instituições de saúde e promovendo a resolubilidade do atendimento na atenção básica pelos profissionais e/ou gestores de saúde. A ligação dos três níveis de atenção: primário, secundário e terciário, deve ser feita utilizando como instrumento de comunicação os DE que

possibilitará o conhecimento dos problemas de saúde apresentados pelos idosos por meio de uma terminologia padronizada.

Este estudo não teve o objetivo de inferir os resultados a outra população, a expectativa é a de que contribua para aumentar o conhecimento dos profissionais acerca dos DE e sirva de referência para as instituições de saúde que desejam sistematizar a assistência oferecida às pessoas atendidas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração desta pesquisa foi um grande desafio, uma vez que foi necessária a construção de vários itens que não estavam disponíveis na literatura.

A construção do referencial teórico foi algo extremamente trabalhoso, uma vez que houve a junção de dois referenciais teóricos: o processo fisiológico do envelhecimento e os domínios da Taxonomia II da NANDA (2006). Foi preciso encontrar na literatura estudos que abordassem as alterações fisiológicas fazendo relações com o domínio, a classe e os DE.

A ausência de um estudo semelhante, que pudesse direcionar este trabalho, foi algo que ocasionou inúmeras mudanças até se chegar à versão final do instrumento de coleta de dados. As dificuldades foram várias e despenderam tempo considerável para que se garantisse o rigor científico necessário.

A construção do instrumento de coleta de dados e preparo do pesquisador demorou em torno de seis meses, pois necessitava de disponibilidade e estudo contínuo do pesquisador sobre cada domínio, além de tempo dos juizes em avaliar o conteúdo e os prazos para entrega das correções que não correspondiam aos compromissos anteriormente assumidos pelos juizes. Desta forma, recolher a avaliação de todos os professores despendeu muito tempo; por outro lado, as sugestões foram muito valiosas. Algumas destas dificuldades foram amenizadas por meio da troca de artigos científicos com outros pesquisadores desta temática.

Para familiarizar-se com o processo de raciocínio clínico de Risner (1995) a pesquisadora cursou a disciplina optativa do mestrado “Perspectiva para o processo de cuidar em enfermagem” em que este conteúdo foi abordado. O manuseio deste processo de análise pôde ser realizado nos cinco idosos que não participaram da

amostra. A aplicação preliminar do instrumento foi de extrema importância para mostrar os ajustes necessários, calcular o tempo que seria gasto, criar vínculo com os funcionários da clínica médica, desenvolver habilidade e agilidade no exame físico.

Um ponto que facilitou o vínculo criado com os funcionários da clínica médica foi o convite dos enfermeiros do setor para que a pesquisadora ministrasse uma capacitação aos funcionários, sobre a saúde do idoso. Durante a capacitação, esta pesquisa foi mencionada assim como o seu objetivo e finalidade. Os funcionários mostraram-se receptivos e contribuíram na identificação dos sujeitos para a coleta de dados.

Iniciando efetivamente o período de coleta de dados, o desafio foi aguardar a internação de idosos que não tinham data e nem horário para se hospitalizar. As idas ao hospital, sem que houvesse internação, foram inúmeras e isto fez com que se optasse em fazer o levantamento por contato telefônico com o secretário da clínica médica. Esta troca trouxe conforto para a pesquisadora, mas, por outro lado, descobriu-se que alguns idosos internados demoravam a ser cadastrados no controle do secretário. Diante disto, o levantamento passou a ser feito de forma pessoal de segunda a quinta e no restante da semana contou-se com o auxílio de profissionais da clínica.

Na fase de processo diagnóstico, houve dúvida em decidir entre um e outro diagnóstico de enfermagem, já que a taxonomia proposta nem sempre descreve com clareza todas as respostas. Diante disto, a pesquisadora discutiu o assunto com o orientador e outra colega pesquisadora e padronizaram, no âmbito deste estudo.

Estudos mais abrangentes como este apresentam como ponto positivo, ou vantagem, mapear o perfil de DE apresentados por uma determinada população.

Permitem a visualização panorâmica das condições que requerem intervenções de enfermagem. Contudo, utilizam instrumentos ou protocolo de avaliação mais gerais, o que pode contribuir para a subestimação da prevalência dos DE. Contudo, permanecem úteis para a classificação das ocorrências.

Nos estudos mais específicos, de um a dois DE, é mais apropriada a utilização do instrumento de coleta de dados altamente sensíveis, geralmente mais complexos e detalhados. Pode-se apontar como desvantagem a não-identificação de um DE que esteja presente; com isso, o escopo do trabalho é bastante limitado, perdendo a abrangência.

Dada a finalidade desta pesquisa, opta-se pela abrangência, mesmo perdendo-se na sensibilidade. A partir destes estudos, podem-se desenvolver pesquisas futuras, focadas para a análise da prevalência de diagnósticos.

Vale ressaltar que o perfil de diagnósticos identificados neste estudo refere-se a pessoas adoecidas, ou seja, não retrata o perfil da população de idosos no geral. Outra pesquisa feita com pessoas que apresentam um envelhecimento saudável provavelmente apresentará um diferente perfil, ficando como sugestão para estudos futuros.

Espera-se que este estudo possa fundamentar a assistência da equipe de enfermagem, junto a idosos, tanto em instituições hospitalares quanto em unidades básicas de saúde que fornecem atendimento a esta população.

REFERÊNCIAS

ABBASI, A. Nutrição. In: DUTHIE, E. H.; KATZ, P. R. **Geriatría Prática**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

ABRÃO, A. C. F. V.; GUTIÉRREZ, M. G. R.; MARIN, H. F. Utilização do diagnóstico de enfermagem segundo a classificação da NANDA, para a sistematização da assistência de enfermagem em aleitamento materno. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 49-59, abr. 1997.

ACOSTA-ORJUELA, G. Os idosos e a mídia: usos, representações e efeitos. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatría e Gerontología**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: um guia passo a passo. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

ALMEIDA, M. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde. 2. ed. Londrina: Rede Unida, 2005.

ALMEIDA, O. P. Queixa de problemas com a memória é o diagnóstico de demência. **Arq. Neuropsiquiatr**, v. 56, n. 3A, p.412-418, set.,1998.

ALVARENGA, M. R. M.; MENDES, M. M. R. El perfil de los reingresos de ancianos en un hospital general del municipio de Marília, SP. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 305-311, mai./jun. 2003.

AMARAL, A. C. S. et al. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1617-1626, nov./dez. 2004.

AMÂNCIO, A.; CAVALCANTEU, P. C. **Clínica Geriátrica**. Rio de Janeiro: Ateneu, 1975.

ANDRADE, F. A.; PEREIRA, L. V.; SOUSA, F. A. E. F. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 271-276, mar./abr. 2006.

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.

ARAÚJO, S. S. C. et al. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 203-216, jan./jun. 2006.

ASSIS, M.; ARAÚJO, T. D. Atividade Física e Postura Corporal. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. **Saúde do Idoso**: a arte de cuidar. 2.ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

ASSIS, M.; HARTZ, Z. M. A.; VALLA, V. V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 557-581, 2004.

BACHION, M. M.; ARAÚJO, L. A. O.; SANTANA, R. F. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem mobilidade física prejudicada em idosos: uma contribuição. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 66-72, out/dez. 2002.

BACHION, M. M.; MAGALHÃES, F. G. S.; MUNARI, D. B.; ALMEIDA, S. P.; LIMA, M.L. Identificação do “medo” no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 298-304, 2004.

BACHION, M. M.; ROBAZZI, M. L. C. C.; CARVALHO, E. C.; VEIGA, E. V. Clientela com alterações cardíacas: perfil diagnóstico elaborado por alunos de enfermagem. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 3, n. 2, p. 83-92, jul. 1995.

BARRETO, S. M.; GIATTI, L.; KALACHE, A. Gender inequalities in health among older Brazilian adults. **Rev Panam Salud Publica**, [s.l.], v. 16, n. 2, p. 110-7, ago. 2004.

BARROS, A. L. B. L et al. **Anamnese e exame físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BARROS, A. L. B. L.; GOMES, I. M. Perfil dos diagnósticos de enfermagem de pacientes internados com infarto agudo do miocárdio. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 13, número especial, parte II, p. 105-108, jun. 2000.

BARROS, A. L. B. L. **O trabalho Docente assistencial de enfermagem no Hospital São Paulo da UNIFESP/EPM**. São Paulo; 1998. 198f. Tese. (Livro-Docência) Universidade Federal de São Paulo, 1998.

BASSO, R. S.; PICCOLI, M. Unidade de recuperação pós-anestésica: diagnóstico de enfermagem fundamentados no modelo conceitual de Levine. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 3, p. 309-323, 2004. Disponível em: <www.fen.ugf.br>. Acesso em: 15 nov. 2006.

BATES, B., BICKLEY, L. S.; HOCKELMAN, R. **Propedêutica médica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

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.

BERGER, R.; GILCHREST, B. A. Distúrbios Cutâneos. In: DUTHIE, E. H.; KATZ, P. R. **Geriatría Prática**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

BERGER, L.; POIRIER, D. M. **Pessoas idosa**. Uma abordagem global. [s.n] Lisboa, 1995.

BICKLEY, L. S.; HOCKELMAN, R. **Bates**: propedêutica médica. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

BLANCK, J. M.; JACOBS E. M. **Enfermagem Médico-Cirúrgica**: uma abordagem psicofisiológica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

BLANES, L.; HAMANAKA, L. S.; MATHEUS, M. C. C. Diagnóstico de enfermagem constipação: proposta de intervenção de enfermagem a pacientes com doença vascular periférica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 13, numero especial, parte II, p. 248-500, 2000.

BOAS, P. J. F. V.; RUIZ, T. Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. **Rev. Saúde Públ.**, Botucatu, n. 38, v. 3, p. 372-8, 2004.

BORGES, C. M. M. Gestão participativa em organizações de idosos: instrumento para a promoção da cidadania. In: FREITAS, E. V. *et.al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

BORGES, K. R.; PONTES, A. E. **Secretaria Municipal de Goiânia**. 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/zip/apresentacao_goiania.ppt#290,1,SECRETARIA%20MUNICIPAL%20DE%20SAÚDE%20DE%20GOIÂNIA> . Acesso em: 15 mar. 2008.

BRANDÃO, A. P. et al. Hipertensão Arterial no Idoso. In: FREITAS, E. V. *et.al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

BRANDÃO, C. L. C. et al. A imagem corporal do idoso com câncer atendido no ambulatório de cuidados paliativos do ICHC-FMUSP. **Psicol. hosp.**, São Paulo, v. 2, n. 2, dez. 2004.

BRANDEIS, G. H.; RESNICK, N. M. Incontinência Urinária. In: DUTHIE, E. H.; KATZ, P. R. **Geriatria Prática**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais à saúde**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96, sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Taxa Escolaridade por Região segundo anos de estudo, na faixa etária de 60 anos e mais, 1996**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006f. Disponível em: <G:\Data sus\TabNet Win32 2_6 Escolaridade - Brasil.htm>. Acesso em: 30 out. 2007.

BRASIL. IBGE. Censo demográfico 2000. **Perfil dos Idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Tabela 1 - População residente, total e de 60 anos ou mais de idade, por sexo e grupos de idade, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação - 1991/2000. Brasília: IBGE, 2000b. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/perfillidoso/tabela16.shtml>>. Acesso em: 25 jul. de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Redes Estaduais de atenção a Saúde do Idoso. Guia operacional e portarias selecionadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. IBGE. **Perfil dos Idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, 2002b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfillidoso/perfidosos2000.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2005.

BRASIL. Estatuto do Idoso. **Lei nº 10741, de 1º de outubro de 2003**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/2003/L10.741.htm>>. Acesso em: 08 jun. 2006.

BRASIL. IBGE. Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA. **Estatísticas do Registro Civil**. Tabela de número de casamentos Brasil, 2005. Brasília: IBGE, 2005. Disponível em: <G:\Data sus\Estado civil.mht>. Acesso em: 30 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, n. 19, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. **Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2007.

BRASIL. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. Disponível em: <<http://www.ciape.org.br/PoliticaIdosa2528.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS**. Morbidade Hospitalar do SUS, por local de internação, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, jan-ago, 2007. Disponível em: <G:\Data sus\TabNet Win32 2_6 Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação - Brasil.htm>. Acesso em: 30 out. 2007.

BRINK, J. J.; WILKING, S. V. B. Aspectos Espirituais do Envelhecimento. In: REICHEL, W. **Assistência ao idoso**: aspectos clínicos do envelhecimento. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

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. Funções do Sistema Mastigatório e sua Importância no Processo Digestivo. In: BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F. L. **Odontogeriatría**: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas, 2002.

BURNS, R. B. **The Self-Concept**. 4 ed. London: Longman, 1986.

BUSBY-WHITEHEAD, J. Exercícios Físicos para Idosos. In: REICHEL, W. **Assistência ao idoso**: aspectos clínicos do envelhecimento. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

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.

BUTLER, R. N.; LEWIS, M. I. **Sexo e amor na Terceira Idade**. Tradução de Ivanez de Carvalho Filho. 2. ed. São Paulo: Summus, 1985.

BYRNE, G. J. A. What happens to anxiety disorders in later life?. **Rev Bras Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, Supl 1, p. 74-80, abr. 2002.

CAÇÃO, J. C. et al. Repercussões da doença crônica na qualidade de vida de pacientes idosos ambulatoriais. **Rev. Bras. Clin Terap**, v. 28, n. 5, p. 181-184, set. 2002.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 733-781, jun. 2003.

CAMIÃ, G. E. K.; MARIN, H. F.; BARBIERI, M. Nursing diagnoses in women attending a family planning program. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, mar./abr. 2001.

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, Campinas, set./dez., 2000.

CANINEU, P. R.; BASTOS, A. Transtornos cognitivo leve. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem**. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics**: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2000.

CASELLI, M. P. **A morbidade hospitalar do idoso no município de São Carlos, SP, em 1996**. 1998. 140 p. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3. p. 469-478, jul-set. 1997.

CEOLIM, M. F. O sono do idoso. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996.

CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 1997.

COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5. p. 445-453, out. 1999.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen n. 311**, de 08 de fevereiro de 2007. Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resoluções. Rio de Janeiro: COFEN, 2007.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen n. 272**, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Legislações e Normas. Rio de Janeiro: COFEN, 2002.

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 paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 43-8, jan./mar.2006.

COSTA, E. F. A. et al. Semiologia do idoso. In: PORTO, C. C. **Semiologia Médica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

COSTA, E. F. A. et al. Semiologia do Idoso. In: PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CRUZ, I. B. M. et al. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e mortalidade cardiovasculares. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 172-177, abr./jan. 2004.

CUNHA, I. C. K. O.; CARMAGNANI, M. I. S.; CORNETTA, V. K. Diagnósticos de Enfermagem em pacientes com Hipertensão Arterial em acompanhamento ambulatorial. **Rev Paul Enferm**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 269-71, 2002.

CUNHA, U. G. V. et al. Sinais e sintomas em psicogeriatría. In: GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, U. G. V. **Sinais e sintomas em geriatria**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2004. cap. 9.

DALRI, M. C. B. et al. Diagnóstico de enfermagem em uma unidade de queimados: análise estrutural dos enunciados. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 49, n.1, p. 7-16, jan./mar.,1996.

DIOGO, M. J. D.; 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.

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.

ERBOLATO, R. M. P. L. Gostando de si mesmo: A auto-estima Alberto. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papirus, 2000.

FARIA, L. F. C.; PAULA, L. H. B.; NEDEL, S. Hipertermia e hipotermia no idoso. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

FIALHO, A. V. M.; SOARES, E. Refletindo sobre o cuidado domiciliar, a partir da prática. **Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 289-294, dez, 2001.

FLÓRIO, M. C. S.; GALVÃO, C. M. Cirurgia ambulatorial: identificação dos Diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 630-7, set-out, 2003.

FRANCISCO, P. M. S. B.; DONALISIO, M. R.; LATTORRE, M. R. D. O. Internações por doenças respiratórias em idosos e a intervenção vacinal contra influenza no Estado de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**, v. 7, n. 2, p. 220-227, 2004.

FREIRE JUNIOR, R. C.; TAVARES, M. F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, fev. 2005.

FREITAS, E. V. et al. Atividade Física no idoso. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

FREIRE, S. A. A personalidade e o self na velhice. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

FUNDER, S. **Pondo fim a velhice**. Rio de Janeiro: Record, 1983.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A.; NOBRE, L. F. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 199-206, mar./abr. 2003.

GARCIA, M. A. A. et al. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.2, p. 175-184, mar./abr. 2006.

GEIB, L. T. C. et al. Sono e envelhecimento. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 25, n. 3, p. 453-465, set./dez. 2003.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 759-771, jun. 2003.

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 paul. Enferm.**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 94-106, 1999.

GODOY, D. V.; ZOTTO, C. D.; BELLICANTA, J.; WESCHENFELDER, R. F.; NACIF, S. B. Doenças respiratórias como causa de internações hospitalares de pacientes do Sistema Único de Saúde num serviço terciário de clínica médica na região nordeste do Rio Grande do Sul. **J. Pneumologia**, v. 27, n. 4, São Paulo, jul./ago. 2001.

GOLDSTEIN, L. L.; SOMMERHALDER, C. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GONÇALVES, L. H. T. Tendências de assistência de enfermagem: assistência ao idoso. In: Congresso Pan Americano de Enfermeira, 10, 2000, Florianópolis. **Anais Congresso Brasileiro de Enfermagem**, 51, Florianópolis, p. 235-244, 2000.

GORDILHO, A. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002b.

GORDILHO, A. Transtornos mentais e comportamentais. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002a.

GORZONI, M. L.; COSTA, E. F. A. Manifestações atípicas das infecções. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GORZONI, M. L.; RUSSO, M. R. Envelhecimento Respiratório. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

HAYFLICK, Leonard. **Como e porque envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus. 1996.

JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

JESUS, C. A. C.; CARVALHO, E. C. Diagnósticos de enfermagem em clientes com alterações hematológicas: uso da taxonomia I da NANDA. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 91-99, out. 1997.

KACHAVA, A. M.; ESCOBAR, B. T. Perfil das intoxicações no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) em Tubarão (SC). **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 34, n. 4, p. 46-52, 2005.

KAISER, F. E. Sexualidade. In: DUTHIE, E. H.; KATZ, P. R. **Geriatría Prática**. 3.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, mai./jun. 2003.

KAWAMOLO, E. M.; SANTOS, M. C. H.; MATOS, T. M. **Enfermagem comunitária**. São Paulo: EPU, 1995.

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.

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**, Goiânia, v. 7, n. 1, p. 29-40, 2005.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**, v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.

LEVY, J. A.; MENDONÇA, L. I. Envelhecimento cerebral: demência. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría**: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2000.

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**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 745-57, mai.-jun.2003.

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**, [s.l.], v. 13, n. 4, p. 229-238, 2004.

LYRA, D. G. P.; JESUS, M. C. P. Compreendendo a vivencia da sexualidade do idoso. **Revista Nursing**, Barueri, v. 104, n. 9, p. 23-30, jan. 2007.

MACHADO, J. C. B. Doença de Alzheimer. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatría e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

MACHADO, L.; QUEIROZ, Z. V. Negligência e maus tratos. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatría e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

MACIEL, A. C. Sinais e sintomas em urologia geriátrica. In: GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, U. G. **Sinais e sintomas em Geriatría**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2004.

MARIN, M. J. S. et al. Identificando os fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem “Risco de Quedas” entre idosos. **Rev Bras Enferm**, Brasília, p. 560-564, set./out. 2004.

MARIN, M. J. S.; BARBOSA, P. M. K.; TAKITANE, M. T. Diagnóstico de Enfermagem mais freqüentes entre idosas hospitalizadas em unidade de clínica médica e cirúrgica. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 53, n. 4, p. 513-523, out.dez, 2000.

MARRA, C. C. et al. Orientação Planejada de Enfermagem na alta hospitalar. **Acta paul. Enferm.**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 123-127, out./ dez.1989.

MARROCHI, L. C. R.; GORZONI, M. L.; PASSOS JUNIOR, V. Constipação e diarreia no idoso. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

MARTINS, D. L. **Perfil diagnóstico de enfermagem de pacientes acometidos por infarto do miocárdio: à luz do modelo de Florence Nightingale**. 2004. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.

MARTINS, R. M.; CAMPOS, J. A. Novo perfil da família e da sociedade e a segurança das crianças. In: CAMPOS, J. A. et al. **Manual de segurança da criança e do adolescente**. Belo Horizonte: Nestlé, 2003.

MENDES, G. S.; MARINHO, F. P. Sinais e sintomas relacionados ao esôfago, estômago e duodeno. In: GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, U. G. **Sinais e sintomas em Geriatria**. 2.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. cap. 17.

MENEZES, M. F. B.; CAMARGO, T. C. A fadiga relacionada ao câncer como temática na enfermagem oncológica. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 442-447, mai-jun. 2006.

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.

MOSQUERA, J. J. M. **Auto-imagem e auto-estima: sentido para a vida humana**. Porto Alegre: Estudos Leopoldenses, 1976.

NAJAS, M.; PEREIRA, F. A. I. Nutrição. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

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 Cin Méd.**, São Paulo, v.1, n.5, p. 131-6, nov./ dez. 2003.

NANDA. **Diagnóstico de Enfermagem da Nanda: definições e classificação 2005-2006**. Tradução de Cristina Correa. Porto Alegre: Artmed, 2006.

NANDA. **Diagnóstico de Enfermagem da Nanda**: definições e classificação 2001-2002. Tradução de Cristina Correa. Porto Alegre: Artmed, 2002.

NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da Nanda**: definições e classificação 2007-2008. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2008.

NEGRI, L. S. A. et al. Aplicação de um instrumento para detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 1033-1046, 2004.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

NORTON, C. Faecal incontinence in adults: prevalence and causes. **Br J Nursing**, v. 5, n. 22, p. 1366-1374, 1996.

NOVAES, M. H. Autoconceito - um sistema multidimensional hierárquico e sua avaliação em adolescentes. **Arquivos brasileiros de psicologia**, v. 37, n. 3, jul./set. 1985.

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 PESQUISA E EXTENSÃO DA UFG, CONPEEX, 3, 2006. Goiânia. **Anais Eletrônicos do XIV Seminário de Iniciação Científica**. [CD-ROM] Goiânia, UFG, 2006.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996.

PARAHYBA, M. I. Diferenças sociodemográficas entre os idosos no Brasil. **Seminários sobre Educação Superior e Envelhecimento Populacional no Brasil**. Brasília: MEC-SESV/CAPEX, 11-12 mai. 2005.

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. **Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 321-325, abr/jun. 2004.

PEIXOTO, S. V. et al. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 13, n. 4, p. 239-246, dez. 2004.

PERES, E. M. A Estratégia Saúde da Família e sua ajuda na consolidação do SUS. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, n. 1, dez 2002.

PERRACINI, M. R.; NAJAS, M.; BILTON, T. Conceitos e princípios em reabilitação gerontologia. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PIMENTA, C. A. de M. et al. O ensino da avaliação do paciente: proposta de delineamento do conteúdo pelo diagnóstico de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, p. 69-76, jul. 1993.

PINHEIRO, J. E. S.; BURLA, C. Sinais e sintomas inespecíficos em geriatria. In: GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, U. G. **Sinais e sintomas em geriatria**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO, C. C. Sinais e sintomas. In: PORTO, C. C. **Exame clínico: bases para a prática médica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

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.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem: Conceitos, Processo e Prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999, v. 1.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar**. 3. ed. São Paulo: Santos, 2002.

PRACIDELLI, F. et al. A imagem corporal dos idosos internados na enfermaria do serviço de geriatria: uma visão fisioterápica e psicológica. **Mundo saúde** (1995), São Paulo, v. 25, n. 4, p. 404-410, out./dez. 2001.

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.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-797, 2003.

RAMOS, L. R. et al. Two-years follow-up study of elderly residents in São Paulo, Brasil: methodology and preliminary results. **Rev Saúde Pública**, v. 32, n. 5, p. 397-407, out. 1998.

REICHEL, W. **Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

REPETTO, M. A. **Avaliação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - em um Hospital Universitário**. 2003. 117f. Dissertação (Mestrado em

Enfermagem). Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Departamento de Enfermagem, São Paulo, 2003.

RICHARDSON, J. P. Sexualidade. In: REICHEL, W. **Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

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.

RODRÍGUES, 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, 2004a.

RODRÍGUES, C. M. Sono e insônia no idoso. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. **Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004b.

RODRIGUES, M. R.; BRÊTAS, A. C. P. O significado da assistência domiciliária para o idoso e/ou seu cuidador familiar matriculados em um programa público de assistência domiciliária ao idoso. **Acta paul. Enferm.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 60-71, 2002.

ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. H. D. A.; LATORRE, M. R. D. O.; RAMOS, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, fev. 2003.

ROSSI, L. A. et al. Diagnóstico de enfermagem do paciente no período pós-operatório imediato. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 154-164, 2000.

SALGADO, J. M. Nutrição na Terceira Idade. In: BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F.L. **Odontogeriatría: noções de interesse clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 2002.

SANTANA, M. S. **Perfil diagnóstico de enfermagem em pacientes prostatectomizados**. 2004. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.

SANTOS, S. S. C. **Enfermagem Gerontogeriatría: reflexão à ação cuidativa**. 2. ed. São Paulo: Robe Editorial, 2001.

SCHENKER, M. **Valores familiares e uso abusivo de drogas**. 2005. 235f. Tese (Doutorado em Ciências). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

SHAKER, R.; DUA, K. S.; KOCH, T. R. Distúrbios Gastrenterológicos. In: DUTHIE, E. H.; KATZ, P. R. **Geriatría Prática**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

SCHAUF, C. L.; MOFFETT, D. F.; MOFFETT, S. B. **Fisiologia humana**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.

SIQUEIRA, A. B. et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 687-94, out. 2004.

SILVA, I. R.; GÜNTHER, I. A. Papéis sociais e envelhecimento em uma perspectiva de curso de vida. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 16, n.1, p. 31-40, jan./abr. 2000.

SILVA, L.; BOCCHI, S. C. M. A sinalização do enfermeiro entre os papéis de familiares visitantes e acompanhante de adulto e idoso. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 2, mar./abr. 2005.

SILVA, R. B. et al. Atividade física habitual e risco cardiovascular na pós-menopausa. **Rev. Ass. Med. Bras.**, v. 52, n. 4, p. 242-246, 2006.

SILVA, S. R. C.; FERNANDES, R. A. C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 349-355, ago. 2001.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-849, jun. 2003.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Tradução de Brunner e Suddarth. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, v. 1.

SOUZA, J. A. G.; IGLESIAS, A. C. R. G. Trauma no idoso. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 79-86, jan.-mar. 2002.

TANURE, C. M. C. et al. A deglutição no processo normal de envelhecimento. **Rev CEFAC**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 171-177, abr.-jun. 2005.

TEIXEIRA, M. H. Aspectos Psicológicos da Velhice. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. **Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

TOYOSHIMA, M. T. K.; ITO, G. M.; GOUVEIA, N. Morbidade por doenças respiratórias em pacientes hospitalizados em São Paulo/SP. **Rev Assoc Med Bras**, v. 51, n. 4, p. 209-213, jul.-ago. 2005.

TRENTINI, M. et al. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-116920050001000007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 out. 2006.

V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC, 2006.

VASCONCELLOS, D. et al. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas - comparação transcultural. **Estud. psicol.** (Natal). Natal, v. 9, n. 3, 2004. p. 413-419.

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.

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, 1987.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, abr./jun. 2004.

VERNON, M. S. Acidentes com o idoso. In: REICHEL, W. **Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

VIEIRA, C. M.; GLASHAN, R. Q. Aspectos gerais da anatomia e fisiologia do envelhecimento: uma abordagem para o enfermeiro. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 24-30, set./dez. 1996.

VIEIRA, E. B. **Manual de gerontologia**: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

VOLPATO, M. P. **Diagnóstico de enfermagem em clientes internadas em unidade médico-cirúrgica**. 2001.120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, São Paulo, 2001.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: World Health Organization, Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia pra avaliação e intervenção na família. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.

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, 2001.

APÊNDICE A
CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE 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 CEPMHA/HC/UFG Nº 171//06

Goiânia, 14/12/2006

INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL (IES):

Orientadora: Prof. Maria Márcia Bachion.

Equipe: Jacqueline Rodrigues de Lima, Adélia Yaeko Kyosen Nakatani, Maria Alice Coelho, Denize Bouttelet Munari, Virginia Visconde Brasil, Elizabeth Esperidião Cardozo, Adenicia Custódia Silva e Sousa, Regiane Aparecida dos Santos Soares Barreto, Karina Suzuki, Fabiana Ribeiro, Helisamara Mota Guedes, Walquiria Lene dos Santos, Fernanda Alves Ferreira, Nilde Resplandes dos Santos, Reginaldo Martins da Silva e Emilia Campos de Carvalho.

TÍTULO: *“Avaliação da educação permanente para trabalhadores de enfermagem de Hospital Universitário da Região Centro Oeste – juntamente com 4 (quatro) sub - projetos”.*

Área Temática: *Grupo III*

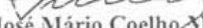
Local de Realização: *Hospital das Clínicas/UFG*

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 CEPMHA/HC/UFG, relatórios trimestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).


Farm. José Mário Coelho Moraes
Coordenador do CEPMHA/HC/UFG

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a) em uma pesquisa intitulado: Diagnósticos de Enfermagem identificados na admissão hospitalar de idosos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis. Meu nome é Adélia Yaeko Kyosen Nakatani, sou a pesquisadora responsável, atuo como enfermeira, professora na Faculdade de Enfermagem da UFG. Após conversarmos e você ler este documento, para 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. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Se precisar de outras informações pode me ligar a cobrar, nos telefones 32641273 ou 99778454.

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.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE A PESQUISA

Esta pesquisa se constitui em 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 no mês de dezembro de 2006, pela Diretoria geral do Hospital Escola e ao Comitê de Ética em Pesquisa Médica e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (protocolo 171/06). O sub-projeto 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” (ANEXO A).

Pesquisadora Responsável: Adélia Yaeko Kyosen Nakatani / **Telefone para Contato:** 3209-6182 ou 3209 6179 (Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás - FEN/UFG) ou 3264-1273 (residência)

Equipe de pesquisadores participantes: Maria Márcia Bachion, Jacqueline Rodrigues de Lima, Virginia Visconde Brasil (Professoras da FEN/UFG), 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), Helisamara Mota Guedes e Walquiria Lene dos Santos.

Trata-se de uma pesquisa com o objetivo geral de analisar o perfil de Diagnóstico de Enfermagem no processo de admissão do idoso atendido no Hospital das Clínicas.

Quanto a: faixa etária, condições socioeconômicas, descrever a avaliação funcional do idoso quanto: função cognitiva, condições emocionais, disponibilidade e

adequação do suporte familiar e social, capacidade para executar atividades de vida diária; descrever o perfil de morbidade referido pelos idosos.

Informamos que você não sofrerá riscos, prejuízos, desconfortos, lesões, não cabendo formas de indenização.

Você poderá se beneficiar ou não com a participação nesta pesquisa. Os resultados desta pesquisa poderão guiar o futuro da assistência de Enfermagem desenvolvida a pessoas idosas.

Esclarecemos ainda que você não receberá nenhuma forma de intervenção, procedimentos ou tratamentos alternativos neste estudo.

Sua participação será por meio de entrevista de aproximadamente 1 (uma) hora, no próprio hospital. Os encontros podem ser únicos ou repetidos, dependendo da necessidade, respeitando sempre sua disposição nas primeiras 24 horas de sua admissão e alta hospitalar.

Você terá garantia de sigilo, e direito de retirar o seu consentimento a qualquer tempo, sem penalidade ou perda de benefícios.

Os resultados poderão ser publicados em congressos ou revistas científicas, sendo que as informações que foram coletadas permanecerão anônimas.

Adélia Yaeko k. Nakatani
Profa. Faculdade Enfermagem da UFG

Helisamara Mota Guedes
Mestranda em Enfermagem pela UFG

Walquiria Lene dos Santos
Mestranda em Enfermagem pela UFG

CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Eu, _____, abaixo, assino, concordo voluntariamente em participar de estudo “Avaliação da Educação Permanente para trabalhadores de Enfermagem de um Hospital Universitário da Região Centro-Oeste”, no sub-projeto “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 leve a qualquer penalidade ou interrupção da 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 da testemunha (letra de forma)	Assinatura	Data
--	------------	------

(não ligada à equipe de pesquisadores)

APÊNDICE C
INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS NO PERÍODO DA ADMISSÃO

INFORMAÇÕES GERAIS

Identificação: _____ Idade: _____

Data da admissão: _____ Hora: _____

Sexo: () masculino () feminino

Procedência: (Goiânia, interior de Goiânia, outros estados)

Encaminhamento: (UBS, PS, Ambulatório): _____

Contato (End., Tel.): _____

Quantas vezes já esteve internado? _____

Ocupação/Aposentado: _____

Respondente: _____

Número do Prontuário: _____

Renda: _____

Já teve outras internações: _____

1 - Percepção e Cognição:

Possui um lado ou parte do corpo que o senhor (a) não sente? () Sim () Não

Por quê? _____

Como esta a sua visão? _____

Como esta o seu olfato? _____

Como esta a sua audição? _____

Como esta o seu tato? _____

Como esta o seu paladar? _____

Usa óculos ou lentes de contato? _____

Usa aparelho auditivo? _____

Nível de consciência () lúcido () confuso () sonolência () letárgico () torposo

O Sr.(a) estudou até que ano? _____

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 numero 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. _____

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? _____

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.

Pratica algum exercício físico? () Sim () Não

Por quê? _____

Qual? _____

Solicitar que o(a) 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

() para ou do 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)

Preenchimento Capilar (preservado, diminuído) _____

Enchimento capilar

Queixa de palpitações nas últimas 48 horas? () Sim () Não

Quantas vezes? _____

Fatores que a 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: _____

Etilista () Sim () Não Quantidade de ingestão diária _____

Quanto tempo? _____

Esta em uso de oxigenoterapia? () Sim () Não

Quantos litros? _____

Coloração das mucosas (coradas, descoradas, ictéricas): _____

Umidade da Pele (umidade normal, mucosa seca): _____

Edema: tornozelo/perna no momento: _____

Formigamento nos últimos dias em alguma parte do corpo: () Sim () Não

Local:

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 a 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 à função cardiovascular e pulmonar disponíveis: _____

3 - NUTRIÇÃO:

Quando você está em casa, com que frequência ingere os seguintes alimentos?

Tipos	Diariamente	2-3 vezes/semana	Raramente	Nunca
Carne, ovos e derivados				
Massas, pães, doces				
Verduras e legumes				
Cereais e grãos				

Esta conseguindo comer a comida do hospital? _____

() Sim () Não Por quê? _____

Sensação de permanecer-se 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: _____

Qual a causa de não possuir todos os dentes? _____

Exame da Cavidade oral: _____

(lesões, úlceras orais, edema, descamações, língua saburrosa, dentes /presença de cáries, placa excessiva, desgaste dos mesmos, ausência de dentes, dor de dente, halitose, amídalas aumentadas, boca seca, salivação excessiva ou diminuída).

Realiza a mastigação correta dos alimentos? _____

Engole 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 interesse disponíveis. Ex: T3, T4, ferro, vit. C _____

Registros no prontuário de diagnósticos médicos relativos à função endócrina e metabólica (diabetes mellitus, neoplasia, hipertireodismo...): _____

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 a noite para urinar? () Sim () Não Número de vezes _____

Uso de diuréticos: () não () eventualmente () regularmente

Horário desta medicação? _____

Uso 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? _____

Exame Abdominal:

Inspeção: _____

(forma, característica)

Palpação: _____

(dor, pressão, consistência)

Ausculta: _____

(RHA)

Exames: urina, fezes, imagem _____

5- Promoção da saúde:

O que acha que as pessoas devem fazer para não ficarem doentes?

() cuidados com a saúde da boca () ingestão de líquidos

() ingestão de alimentos () fazer exercícios físicos

() ter atividade de lazer () relacionar-se bem

() ter responsabilidade na família () verificar PA regularmente

() outros: _____

Faz algumas dessas atividades da pergunta acima 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 para manutenção da saúde? _____

Qual destes o senhor(a) utiliza? _____

Tem o hábito de ir a Unidade de Saúde? _____

Com qual frequência? _____

Participa de alguma atividade na Unidade de Saúde? _____

Considera o ambiente da sua casa seguro? _____

Considera o ambiente da sua casa limpo? _____

Considera que são mantidos organizados e higienizados os utensílios de cozinha, roupas pessoais e de cama em sua casa? _____

Há presença de animais domésticos? _____

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? _____

Renda mensal aproximadamente: _____

6 - Autopercepção:

Em quais situações da vida que o Sr (a) pede ajuda? _____

No dia-a-dia sente-se sozinho? () Sim () Não

Por quê? _____

Em que momento prefere ficar só? _____

Quais situações o (a) 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? _____

7- Relacionamentos de papel:

Com quem o(a) senhor(a) vive? _____

Existe alguma pessoa que cuida mais do(a) senhor(a)? _____

Estado civil: _____

Número de filhos: _____

Quantos anos de convívio com o(a) 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 se sente quanto à sua doença? _____

A doença trouxe algum problema ao seu trabalho? _____

Como é a interação do(a) Sr.(a) com os membros da sociedade/comunidade? _____

8 - Sexualidade:

Possui relacionamento sexual atualmente? _____

Existem preocupações sexuais?() Sim () Não Qual? _____

Houve mudança recente na freqüência/interesse sexual? _____

Sente prazer na relação sexual? _____

9 - Enfrentamentos / tolerância ao estresse

Como o(a) Sr.(a) lida com mudanças que ocorrem na vida? _____

Como o(a) Sr.(a) lida com perdas: _____

Possui risco para algum destes tópicos:

() vizinhança com alta criminalidade;

() camas altas;

() uso inadequado de cinto de segurança;

() exposição excessiva ao sol;

() usa armas;

() entrar em sala sem iluminação;

() contato com tomadas elétricas defeituosas;

() uso de escada ou cadeira sem firmeza;

() pisos escorregadios;

() outros _____

Durante a sua vida teve algum acidente decorrente destes fatores? () Sim () Não

O que isto repercutiu na sua vida _____

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (COSTA et al., 2005)

1 - O senhor (a) esta basicamente satisfeito com sua vida? (Não = 1)

2 - Abandonou muita das suas atividades e interesses? (Sim = 1)

3 - Sente que sua vida é vazia? (Sim = 1)

4 - Freqüentemente sente-se enfadado ou aborrecido? (Sim = 1)

5 - Está de bom humor na maior parte do tempo? (Não = 1)

6 - Esta com medo de que alguma coisa vai acontecer com o senhor? (Sim = 1)

7 - Sente-se feliz na maior parte do tempo? (Não = 1)

8 - Freqüentemente sente-se desamparado? (Sim = 1)

9 - Prefere ficar em casa a 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 agora? (Não = 1)

12 - Sente-se bastante inútil na sua situação atual? (Sim = 1)

13 - Sente-se cheio 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 você? (Sim = 1)

Escore das respostas da escala: _____ pontos

Tem alguma coisa que preocupa o Sr.(a) atualmente? _____

Quando se sente nervosa (o), 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: _____

Qual a sensação a morte lhe traz? _____

Possui sentimento de Culpa? _____

Manifestação: _____

Como o Sr. (a) enfrenta esta situação de saúde? _____

Apresenta lesão de medula? () Sim () Não

Qual o sistema esta comprometido? _____

Qual a origem da lesão? _____

Qual o nível de lesão medular? _____

10 - Princípios da vida:

Qual é a sua religião: _____

Há quanto tempo? _____

Com que frequência vai a Igreja/Casa do Senhor/Centro? _____

Ter uma religião é importante para você?

() Não Por quê? _____

() Sim Por quê? _____

Em que a religiosidade te ajuda? _____

Cumpre corretamente seus compromissos religiosos? () Sim () Não Por quê? _____

Quando tem um objetivo o Sr. (a) costuma falhar em progredir? _____

11- Segurança/proteção:

Apresenta integridade cutânea? () Sim () Não

Observações: _____

Realizou algum procedimento invasivo? () Sim () Não Qual? _____

Sinais de infecção: _____

Esta em uso de drenos ou sondas? _____

Desde quando? _____

O que o Sr.(a) faz para se proteger de: queda, acidentes, violência e agressões? _____

O senhor (a) teria vontade de tirar sua própria vida? _____

Tem contato com venenos, pesticidas, contaminação ambiental na sua casa ou trabalho? _____

Tem contato com produtos de borracha? Látex? _____

Quando em contato com estes produtos, apresenta reações alérgicas? Qual? _____

12 - Conforto:

Sente algum tipo de dor? () Não () Sim

Se sim, qual o número da escala de copos que expressa melhor a quantidade dessa dor?

Escala de Copos (APÊNDICE C)

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? _____

APÊNDICE D
DESCRIÇÃO DOS ATRIBUTOS CRÍTICOS, SEMIOTÉCNICA E PARÂMETROS
DE AVALIAÇÃO DE ACORDO COM OS DOMÍNIOS DA TAXONOMIA DA NANDA
(2006)

Quadro 14 - Descrição dos atributos críticos, semiotécnica e parâmetros de avaliação de acordo com os domínios da Taxonomia da NANDA (2006).

Atributos	Semiotécnica	Parâmetros de Avaliação
Estado Mental	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 numero 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.	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 um erro a mais se o paciente apenas cursou o primeiro grau. (COSTA et al., 2001).
Marcha	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).	Idosos normais levantam-se da cadeira, caminham três 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).
Pulso	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).	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 a 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).

(Continua)

(Continuação)

Atributos	Semiotécnica	Parâmetros de Avaliação
Temperatura axilar	Desinfetar o termômetro com algodão embebido em álcool a 70%. 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 um segundo (COSTA et al., 2005).
Pressão arterial	Será realizado após repouso de pelo menos cinco minutos em ambiente calmo, certificar que o paciente está com a bexiga vazia será pedido para se 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 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 (palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, desinflar rapidamente e aguardar um 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. 8. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 a 4 mmHg/s). 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. 10. Determinar a PD no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff).	Normotensão <140/90 Hipertensão ≥ 140/90 (V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, 2006). Hipotensão: tensão diminuída, PD 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)

(Continuação)

Atributos	Semiotécnica	Parâmetros de Avaliação
Pressão arterial (continuação)	<p>11. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg 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 um a dois 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). 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 registrada 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>
Umidade da Pele (umidade normal, pele seca, umidade aumentada ou pele sudorenta)	<p>Usa-se o dorso dos dedos ou as costas das mãos, comparando-se com a pele da vizinhança e da região homóloga (PORTO, 2004).</p>	<p>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 crônica e na desidratação (PORTO, 2004).</p>

(Continua)

(Continuação)

Atributos	Semiotécnica	Parâmetros de Avaliação
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 fôvea 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 fôvea graduada em cruces (+, ++, +++ e ++++). Sendo + cruz correspondendo a um edema discreto e ++++ edema intenso (PORTO, 2004).
Função Pulmonar	<p>Inspeção: observar as condições da pele (coloração, cicatrizes, lesões), pêlos e sua distribuição, presença de circulação colateral, abaulamento e retrações (BARROS et al., 2002).</p> <p>Palpação: para avaliar a expansão simétrica do tórax, serão colocadas as mãos aquecidas na parede do tórax pósterolateral, 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 toracovocal) 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”). Começar no ápice pulmonar e palpar de um lado para o outro.</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>Inspeção:</p> <p><i>Tórax em tonel</i> - é aquele em que o diâmetro antero-posterior iguala-se ao transversal e é freqüentemente relacionado ao enfisema pulmonar, mas pode, algumas vezes, ser encontrado em idosos que não tenham esta doença.</p> <p><i>Tórax em funil</i> - é uma deformidade na qual o esterno fica deprimido ao nível do terço inferior e os órgãos que se situam abaixo dele são comprimidos.</p> <p><i>Peito de pombo</i> - o esterno projeta-se para frente, aumentando o diâmetro antero-posterior.</p> <p><i>Cifoescoliase torácica</i> - consiste na acentuação da curvatura torácica normal. A pessoa adota uma postura encurvada ou um aspecto corcundo.</p> <p><i>Abaulamento</i> - é o aumento do volume de um dos hemitórax.</p> <p><i>Retrações</i> - é a restrição de um dos hemitórax que corresponde às atelectasias (BARROS et al., 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). 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>

(Continua)

(Continuação)

Atributos	Semiotécnica	Parâmetros de Avaliação
<p>Função Pulmonar (continuação)</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 auscultação, 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 (JARVIS, 2002; BATES; BICKLEY; HOCKELMAN, 2001).</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 (JARVIS, 2002, BATES, BICKLEY, HOCKELMAN, 2001).</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>Ausulta. 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><i>Ruídos adventícios (RA)</i> são sons anormais que se superpõem aos sons respiratórios normais.</p> <p><i>Crepitações:</i> são audíveis quando ocorre abertura súbita das pequenas vias áreas contendo líquido. O som pode ser reproduzido esfregando uma mecha de cabelo entre os dedos. Em geral, são auscultadas durante a inspiração e não desaparecem com a tosse.</p> <p><i>Subcrepitanes:</i> assemelham-se ao rompimento de pequenas bolhas, podendo se auscultados no final da inspiração e no início da expiração.</p> <p><i>Roncos:</i> 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.</p> <p><i>Sibilos:</i> 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>

(Continua)

(Continuação)

Atributos	Semiotécnica	Parâmetros de Avaliação
Função Cardíaca	<p>Posicionar o paciente em decúbito dorsal. O examinador poderá ficar à direita ou à 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>Ausculta 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 ausculata cardíaca (AC) 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 seqüencialmente as bulhas normais. A primeira bulha cardíaca (B1) está relacionada ao fechamento das valvas mitral e tricúspide (valvas atrioventriculares - AV).</p> <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 paraesternal (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.</p> <p>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 (PORTO, 2004, BICKLEY, HOCKELMAN, 2001).</p>	<p>Os frêmitos serão percebidos como vibrações finas, semelhante 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 e facilmente identificada e serve de referência para o restante do ciclo cardíaco.</p> <p>A segunda bulha cardíaca B2, a válvula pulmonar geralmente apresenta uma ligeira atraso, sendo que em 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 (PORTO, 2004).</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> <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>

(Continua)

(Continuação)

Atributos	Semiotécnica	Parâmetros de Avaliação
Função Cardíaca (continuação)	<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>Percussão: foi feita a percussão suavemente nos quatro quadrantes para determinar a quantidade de timpanismo e maciez existente, para avaliar a presença de possíveis líquidos ou massas anormais.</p> <p>Palpação: dobre o joelho do paciente, ensinando-o a respirar lentamente; a palpação será iniciada com os quatro primeiros dedos juntos, comprimindo a pele em cerca de 1 cm, far-se-á movimentos rotatórios e suaves, deslizando os dedos e a pele. Em seguida levantar-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>	

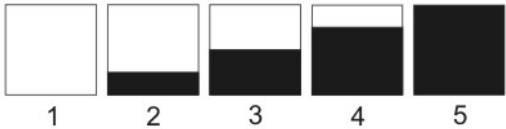
(Continua)

(Continuação)

Atributos	Semiotécnica	Parâmetros de Avaliação
Cavidade oral	<p>Exame da Cavidade oral: 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. Observar a língua quanto ao tamanho, coloração, ulcerações, tumorações, manchas, presença de saburra, sangramento (BARROS et al., 2002).</p>	<p>A cavidade bucal é revestida pela mucosa oral, bastante vascularizada, que se deve apresentar íntegra (BARROS et al., 2002, p. 120). 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>
Peso	<p>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 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.</p>	<p>Será utilizado o parâmetro de IMC.</p>
Altura	<p>Será verificada por meio da haste milimetrada que acompanha a balança. A pessoa deve estar de pé, ereta, sem sapatos, com os dois pés unidos e todo o corpo encostado no antropômetro. Sua cabeça deve estar posicionada de modo que esta olhe horizontalmente. O esquadro deve ficar acima da cabeça, fazendo pressão suficiente para comprimir o cabelo (BARROS et al., 2002).</p>	<p>Será utilizado o parâmetro de IMC.</p>
Índice de massa corpórea (IMC)	<p>Por meio dos dados do peso e altura foi possível calcular o IMC pela fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Estatura}^2 \text{ (m)}$ (BARROS et al., 2002, p. 214).</p>	<p>Desnutrido: $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ Peso normal: $18,5\text{-}25 \text{ kg/m}^2$ Sobrepeso: $25\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$ Obesidade classe I: $30\text{-}34,9 \text{ kg/m}^2$ Obesidade classe II: $35\text{-}39,9 \text{ kg/m}^2$ Obesidade classe III: $> 40 \text{ kg/m}^2$ (BARROS et al., 2002, p. 210).</p>

(Continua)

(Continuação)

Atributos	Semiotécnica	Parâmetros de Avaliação
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 (PORTO, 2004; POSSO, 2003).
Depressão	Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (COSTA et al., 2005) 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 - Freqüentemente 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 - Freqüentemente sente-se desamparado? (sim) 9 - Prefere ficar em casa a noite, em vez 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)	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) .
Dor	Escala de copos  O relato de ausência de dor corresponde ao copo de número 0, e a dor insuportável está representada pelo 5º copo o que está cheio (LACERDA et al., 2005).	A dor é avaliada de acordo com: sem dor, leve, moderada, intensa, insuportável (LACERDA et al., 2005).

APÊNDICE E
RACIOCÍNIO CLÍNICO DESENVOLVIDO A PARTIR DOS DADOS DE UM IDOSO
ADMITIDO NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL ESCOLA DA REGIÃO
CENTRO-OESTE

Apresentação do Caso 1 - Análise e Síntese dos dados deste caso

A - Categorização e Identificação de lacunas/dados divergentes

Dados de identificação:

E. T. S., 70 anos, sexo masculino, encaminhado do PS, residente no município de Goianésia-GO. Aposentado. Possui renda mensal de dois salários mínimos. Data da admissão: 09/4/2007 às 14h00, coleta de dados da pesquisa realizada após três horas da admissão.

Quadro 15 - Análise dos dados identificados em E. T. S., 09/04/07 - Admissão.

Categorização	Lacuna
<p>1- Percepção e Cognição – Apresenta-se lúcido e consciente durante a coleta de dados, respondendo às perguntas de forma rápida e clara. Estudou até a terceira série do ensino fundamental. Relata sentir todas as partes do seu corpo. Caracteriza sua visão, olfato, audição, tato e paladar como satisfatórios. Não usa óculos, lentes de contato ou aparelho auditivo. Relata que está internado por problemas no coração e pulmão, não sabe informar sobre a doença e tem medo que seja grave. Acredita que a causa da doença é a idade, tabaco e bebida alcoólica. Obteve quatro pontos no teste Mini-Mental de Pfeiffer. Apresenta-se inquieto por não saber sobre a doença. Nega ter andado por longos períodos sem um destino pré-determinado.</p>	
<p>2- Atividades/repouso – Dorme uma média de quatro horas ininterruptas, e seis no total, não cochila durante o dia. Relata ter vontade de dormir mais e se estiver preocupado não consegue dormir bem. Após o sono sente-se repousado e pronto para as atividades diárias. Não pratica atividade física porque fica muito cansado. Não apresenta distúrbios da marcha. Para distrair e passar o tempo gosta de conversar com os vizinhos e com os colegas em um barzinho. Sente-se cansado a maior parte do tempo e relata que sua energia não é suficiente para as atividades que gostaria de fazer. Queixa desconforto respiratório, apresenta dispnéia observada. Fumou por 10 anos uma média de 10 cigarros/dia e parou há 40 anos. Ex-etilista há 45 anos. Não está em uso de oxigenoterapia. Tórax íntegro, frêmito tátil perceptível mais intenso nos terços superiores, expansão torácica simétrica, percussão apresentando som claro pulmonar, MV presentes, com estertores crepitantes e sibilos na base do pulmão direito e esquerdo. FC: 102 b.p.m., irregular, PA: 140X90 mmHg sentado, FR: 32 i.p.m. T: 36 °C. RCR com extra-sístoles. Enchimento capilar inferior a um segundo, nega palpitações nas últimas 48 horas. Edema de MMII ++/++++. Nega formigamento nos últimos dias em qualquer parte do corpo. Refere que consegue vestir sua própria roupa, tomar banho sozinho, alimentar-se, preparar seu alimento, realizar a sua higiene oral e higiene íntima. No hospital está em uso de Lasix®, Enalapril®, Aldactone®, Digosina®, Nebulização: SF 0,9%, Berotec®, Atrovent®; Heparina® 5000u, Flebocorted®.</p>	

(Continua)

(Continuação)

Categorização	Lacuna
<p>Exames de sangue do dia 09-04: Uréia = 38,9 mg/dl 15 a 40 mg/dl Creatinina = 1,4 mg/dl 0,4 a 1,3 mg/dl Cálcio = 8,9 mg/dl 8 -10 mg/dl Magnésio = 1,4 mg/dl 1.77-2,57 mg/dl Sódio = 135 mEq/l 134 a 113 mEq/l Potássio = 3,7 mEq/l 3,5 a 5,4 mEq/l Equipe médica estabeleceu provável diagnóstico de DPOC, insuficiência cardíaca descompensada (IC), miocardiopatia dilatada (MCP).</p>	
<p>3- Nutrição – Em casa ingere os seguintes alimentos: massas, pães, cereais e grãos. Raramente carne, ovos, verdura e legumes. Ingere de duas a três vezes por semana, carne de peixe e frango. Consegue ingerir a comida do hospital, não apresenta sensação de permanecer cheio com o estômago dilatado, digestão lenta, azia, queimação. Não possui náuseas, vômitos ou refluxo. A pele apresenta-se corada e seca. Cavidade oral com presença de língua saburrosa, boca seca, halitose ausente. Ausência de três dentes na arcada inferior da boca. Disse que foi ao dentista há 10 anos e solicitou que fossem extraídos esses dentes e colocou no lugar dentes postiços porque achava que desta forma ficaria mais bonito, depois se cansou desses dentes e os jogou fora. Disse que os dentes que foram extraídos estavam bons e que se arrepende disso. Refere mastigar os alimentos por diversas vezes antes de engolir. P: 76 kg e AT: 168 cm. IMC: 26,76 kg/m². Ingere uma média de cinco copos de água por dia, gosta muito de guaraná, bebe toda vez que pode comprar, não sente sede excessiva. Prega cutânea se desfaz rapidamente. Apresenta pele com umidade normal.</p>	
<p>4- Eliminação/troca – Apresenta uma frequência urinária de três vezes durante o dia, de coloração amarelo escura, variando de acordo com a quantidade de água que ele bebe. Sente que sua bexiga se esvazia por completo, porém acontece da urina sair antes dele chegar até o banheiro, acredita que pode estar relacionado com os remédios que toma. Nega queixas urinárias. Levanta a noite uma média de duas a três vezes. Toma diurético regularmente. Apresenta padrão de eliminação intestinal de uma vez ao dia, com características endurecidas, de coloração marrom. Nunca evacuou sem querer e não faz uso de laxante. Elimina flatos todos os dias. Abdome globoso, indolor à palpação, som timpânico, RHA exacerbados no QID.</p>	
<p>5- Promoção da Saúde – Disse que para as pessoas não ficarem doentes é importante ter cuidados com a boca, ingerir alimentos, ter atividade de lazer, ingerir líquidos, fazer atividade física, relacionar-se bem, verificar PA regularmente e ter responsabilidade na família. Relata que para não ficar doente, pratica as seguintes atividades de promoção a saúde: verifica a PA regularmente, tem responsabilidade com a família, gosta de ficar na beira do córrego, andando no mato, acertando passarinho com estilingue, vacinou-se contra o influenza e tétano. Faz uso de Captopril®, Aldactone®, Omeprazol®, Amiodarona®, Bamefix®, não sabe a indicação dos medicamentos, pensa que é para o coração e pulmão. Relata que no bairro em que mora existem hospital, posto de saúde, creche, igreja e escola. Tem o hábito de ir a UBS, uma vez por mês, para consultar, aferir PA e buscar os medicamentos. Relata seguir as instruções fornecidas pela equipe de saúde. Em casa, disse conseguir manter o ambiente limpo e seguro. Consegue manter higienizado os utensílios de cozinha, roupas pessoais e de cama. Não possui animais domésticos em casa, disse ter roedores no domicílio e adjacências e ocasionalmente coloca veneno para rato. Relata que a família contribui para o tratamento da sua doença. O dinheiro que dispõe é suficiente para as necessidades básicas de sua família, mas gostaria de comprar uma bicicleta nova, roupa nova e um carro velho.</p>	
<p>6- Autopercepção – Relata que quando tem dificuldade de resolver um problema sozinho, pede ajuda a outra pessoa com mais experiência nesse assunto. Não se sente sozinho, porque possui uma companheira, relata que não existe momento em que prefere ficar só, acha melhor desempenhar as tarefas domésticas com mais uma pessoa, fazendo juntos. Descreve sua maneira de ser como uma pessoa feliz. Gosta de sua vida e do seu trabalho e sempre trabalhou para o seu sustento. Depois que a doença começou sente-se triste, porque não consegue fazer as mesmas atividades diárias como fazia, sente-se mais cansado. Não há nada que gostaria que fosse diferente em seu corpo.</p>	

(Continua)

(Continuação)

Categorização	Lacuna
<p>7- Relacionamentos de papel – Relata que sua esposa foi embora há 10 anos. Ficaram casados por 30 anos e após a separação eles dividiram os bens e ela vive em um apartamento com a filha de 20 anos. Há dois meses conheceu uma senhora de 50 anos e eles têm uma união consensual. Relata viver bem com a nova parceira. No dia-a-dia um cuida do outro. Tem uma boa relação com os membros de sua família (ex-esposa e filha) e faz tudo por elas, sempre mantêm contato uns com os outros. Sente que as pessoas da família querem que ele melhore, tentam ajudar para que ele se cure. A doença não trouxe problemas ao seu trabalho e atualmente é aposentado. Relaciona-se bem com os vizinhos.</p>	
<p>8- Sexualidade – não possui relacionamento sexual. Relata que depois do 70 anos, isto não é necessário mais e que a mulher também não quer. Ele e a companheira dormem em cama separada. No começo desse relacionamento, tinham relação sexual, depois resolveram parar. Afirma que isso é de consenso do casal. Diz que sentia prazer nas relações sexuais.</p>	
<p>9- Enfrentamento/tolerância ao estresse – com relação às mudanças que ocorrem na vida diz não se sentir incomodado, tanto faz. Relata que as perdas são ruins, principalmente a perda do amor, de amigos, irmão, pai, mãe. Dos fatores de risco como vizinhança com alta 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, apresenta o risco de exposição excessiva ao sol, vizinhança com alta criminalidade e o fato de possuir arma de fogo. Obteve seis pontos na escala de Yesavage. Relata que não tem nada que o preocupa atualmente. Quando se sente nervoso, sai, bebe um refrigerante, esfria a cabeça e volta para casa. Refere não ter medo de nada, porém mantém fechadas as portas de casa durante o dia e noite. Diante de pensamentos ruins costuma perder o sono e sentir o coração palpitando. Não se sente ansioso. Quanto à morte relata que ninguém quer morrer e se observamos o ambiente hospitalar veremos que todos estão se tratando para ficar vivos. Possui sentimento de culpa, uma vez que há 35 anos ele e outras pessoas construíram um campo de futebol no bairro e que um rapaz, certa vez, jogando bola morreu nesse campo. Ele se sente responsável pela morte dele e que depois disso nunca mais jogou bola. Apesar dos amigos já terem falado que ele não tem culpa, acredita que se não tivesse construído o campo, o rapaz não teria morrido.</p>	
<p>10- Princípio da vida – É católico não praticante. Crê em Deus, entretanto não vai à igreja, faz suas orações em casa. Sente falta de ir a igreja, mas sempre se esquece de ir devido a outros compromissos e acha que se rezar em casa ou na igreja é a mesma coisa. Ter uma religião é importante, porque “você pede uma coisa a Deus e ele manda”. Relata cumprir seus compromissos de modo geral. Quando tem um objetivo vai em frente e não desiste.</p>	
<p>11- Segurança/proteção – Apresenta membro superior esquerdo com punção venosa utilizando <i>scalp</i> heparinizado, sem sinais flogísticos. Não está em uso de drenos ou sondas. Para se proteger de queda, acidente, violência e agressão acredita que é importante ter cuidado, andar com cautela e atento, além de trocar informações com os amigos. Quanto à violência é necessário cabeça fria para se defender dela. Não teria vontade de tirar sua própria vida. Trabalha em uma horta para recuperação de drogados. Guarda diversos tipos de veneno para colocar nessa horta, refere tomar cuidado ao manusear esses produtos e que eles ficam trancados, só ele tem a chave. Não tem contato com produto de látex e não possui alergia a nenhum produto.</p>	
<p>12- Conforto – No momento da coleta de dados apresentava sem dor, com a indicação de zero na escala de copos, realiza visita a outras pessoas, indo mais à casa dos amigos e vizinhos. Recebe visitas em seu domicílio e no hospital. Sabe que sua ex-esposa virá visitá-lo com a filha. A companheira atual também virá visitá-lo.</p>	

B - Síntese dos Dados: agrupamento, comparação, inferências e relações.

Estas etapas da síntese estão descritas no Quadro 16.

C - Identificação dos Diagnósticos de enfermagem

Para tornar clara a visualização do processo de identificação dos diagnósticos de enfermagem, neste caso, os mesmos foram colocados no Quadro 16, ilustrado logo abaixo.

Quadro 16 - Síntese dos dados e diagnósticos de enfermagem da NANDA (2006) identificados em E. T. S. 09/04/07- Admissão em Clínica Médica Hospital Escola da Região.

Agrupamento	Comparação	Inferências	Relações	Diagnóstico de enfermagem
<p>Informação Apresenta-se lúcido durante a coleta de dados. Estudou até a 3º serie. Está internado por problemas no coração e pulmão, não sabe informar sobre a doença e tem medo que seja grave. Aguarda a investigação médica para saber o que ele tem e acredita que a causa da doença é a idade, tabaco e bebida alcoólica. Obteve quatro pontos no teste Mini-Mental de Pfeiffer. Responde-as perguntas de forma rápida e clara. Sente-se inquieto por não saber sobre a doença. Faz uso de Captopril®, Aldactone®, Omeprazol®, Amiodarona®, Bamefix®, não sabe a indicação dos medicamentos, acha que é para o coração e pulmão.</p>	<p>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 paul. Enferm., São Paulo, v. 12, n. 2, p. 94-106, 1999.</p>	<p>Falta de conhecimento sobre a doença e a medicação.</p>	<p>Falta de explicações. Diagnóstico médico em fase de investigação.</p>	<p>Conhecimento deficiente sobre a doença e tratamento médico relacionado à falta de exposição caracterizada por verbalização do problema.</p>
<p>Funcionamento cardiovasculares FC: 102 b.p.m., irregular, PA: 140X90 mmHg sentado, FR: 32 i.p.m. T: 36° C, turgência jugular ++/++++. RCR com extra sístoles. Enchimento capilar inferior a 1 seg., nega palpitações nas últimas 48 horas. Edema de MMII ++/++++. Nega formigamento nos últimos dias em alguma parte do corpo. No hospital está em uso de Lasix®, Enalapril®, Aldactone®, Digosina®, Nebulização: SF 0,9%, Berotec®, Atrovent®; Heparina® 5000u, Flebocorted®. Exames do dia 09-04 Ureia = 38,9 mg/dl Creatinina = 1,4 mg/dl Cálcio = 8,9mg/dl Magnésio = 1.4 mg/dl Sódio = 135 mEq/l Potássio = 3,7 mEq/l Equipe médica estabeleceu provável diagnóstico de DPOC, IC, MCP.</p>	<p>CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2000. Ureia = 15 a 40 mg/dl Creatinina = 0,4 a 1,3 mg/dl Cálcio = 8-10 mg/dl Magnésio = 1.77-2,57 mg/dl Sódio = 134 a 113 mEq/l Potássio = 3,5 a 5,4 mEq/l</p>	<p>Débito cardíaco diminuído.</p>	<p>Alteração no funcionamento cardíaco com a incapacidade do coração de bombear sangue suficiente para satisfazer as necessidades de oxigênio e nutrientes por parte dos tecidos.</p>	<p>Débito cardíaco diminuído relacionado a ritmo/frequência cardíaca alterado caracterizado por arritmias (taquicardia) e dispnéia.</p>

(Continua)

(Continuação)

Agrupamento	Comparação	Inferências	Relações	Diagnóstico de enfermagem
<p>Exercícios Físicos Sexo masculino, 70 anos, não pratica atividade física porque fica muito cansado. Não apresenta distúrbios da marcha. Sente-se cansado e que sua energia não é suficiente para as atividades que gostaria de fazer. Queixa-se de desconforto respiratório e apresenta dispnéia observada. Fumou por 10 anos uma média de 10 cigarros/dia e parou há 40 anos. Ex-etilista há 45 anos. Provável diagnóstico de DPOC, IC, MCP.</p>	<p>ASSIS, M.; ARAÚJO, T. D. Atividade Física e Postura Corporal. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. Saúde do Idoso. A arte de cuidar. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p. 83.</p>	<p>Intolerância à atividade física.</p>	<p>Diminuição do aporte de ar e de oxigênio.</p>	<p>Intolerância à atividade relacionada desequilíbrio entre a oferta e demanda de oxigênio, caracterizado por relato verbal de fadiga, desconforto ou dispnéia de esforço.</p>
<p>Funcionamento cardiovascular FC: 102 b.p.m., irregular, PA: 140X90 mmHg sentado, FR: 32 i.p.m. T: 36° C, turgência jugular ++/++++. RCR com extra sístoles. Enchimento capilar inferior a 1 seg., nega palpitações nas últimas 48 horas. Edema de MMII ++/++++. Nega formigamento nos últimos dias em alguma parte do corpo. No hospital esta em uso de Lasix®, Enalapril®, Aldactone®, Digosina®, Nebulização: SF 0,9%, Berotec®, Atrovent®, Heparina® 5000u, Flebocorted®.</p> <p>Exames do dia 09-04 Ureia = 38,9 mg/dl Creatinina = 1,4 mg/dl Cálcio = 8,9 mg/dl Magnésio = 1.4 mg/dl Sódio = 135 mEq/l Potássio = 3,7 mEq/l Equipe médica estabeleceu provável diagnóstico de DPOC, IC, MCP.</p>	<p>CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2000.</p> <p>Uréia = 15 a 40 mg/dl Creatinina = 0,4 a 1,3 mg/dl Cálcio = 8-10 mg/dl Magnésio = 1.77-2,57 mg/dl Sódio = 134 a 113 mEq/l Potássio = 3,5 a 5,4 mEq/l</p>	<p>Débito cardíaco diminuído.</p>	<p>Alteração no Funcionamento Cardíaco com a incapacidade do coração de bombear sangue suficiente para satisfazer às necessidades de oxigênio e nutrientes por parte dos tecidos.</p>	<p>Débito cardíaco diminuído relacionado a ritmo/freqüência cardíaca alterado caracterizado por arritmias (taquicardia) e dispnéia.</p>

(Continua)

(Continuação)

Agrupamento	Comparação	Inferências	Relações	Diagnóstico de enfermagem
<p>Resposta Pulmonar Queixa-se de desconforto respiratório apresenta dispnéia observada. Fumou por 10 anos uma média de 10 cigarros/dia e parou há 40 anos. Ex-etilista há 45 anos. Não esta em uso de oxigenoterapia. Tórax íntegro, frêmito tátil perceptível, expansão torácica simétrica, MV com estertores crepitantes em bases, sibilos. FC: 102 b.p.m., irregular, PA: 140X90 mmHg sentado, FR: 32 i.p.m. T: 36° C, turgência jugular ++/++++. Sinais vitais ao internar. Equipe médica estabeleceu provável diagnóstico de DPOC, IC, MCP. Não pratica atividade física porque fica muito cansado. Não apresenta distúrbios da marcha. Sente-se cansado a maior parte do tempo e relata que sua energia não é suficiente para as atividades que gostaria de fazer. Queixa-se de desconforto respiratório, apresenta dispnéia observada.</p>	<p>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.</p>	<p>Respiração prejudicada.</p>	<p>Provável diagnóstico de DPOC (o fluxo de ar está obstruído pelo enfisema e/ou pela bronquite crônica), IC (incapacidade do coração de bombear sangue suficiente para satisfazer às necessidades de oxigênio e nutrientes por parte dos tecidos), MCP (dilatação importante dos ventrículos).</p>	<p>Padrão respiratório ineficaz relacionado a energia/fadiga caracterizado por dispnéia.</p>
<p>Trauma Dentre os fatores de risco como vizinhança com alta criminalidade, camas altas, uso inadequado de cinto de segurança, exposição excessiva ao sol, armas, entrar no cotidiano em casa sem iluminação, tomadas defeituosas, uso de escadas ou cadeiras sem firmeza e pisos escorregadios, esse idoso apresenta o risco de exposição excessiva ao sol, vizinhança com alta criminalidade, além de possuir arma de fogo</p>	<p>SOUZA, J. A. G.; IGLESIAS, A. C. R. G. Trauma no idoso. Rev Assoc Med Bras, São Paulo, v. 48, n. 1, jan./mar. 2002.</p>	<p>Risco de lesão tecidual accidental.</p>	<p>No dia-a-dia se expõe ao sol e possui vizinhança com alta criminalidade.</p>	<p>Risco de trauma relacionado a vizinhança com alta criminalidade, exposição excessiva ao sol.</p>

(Continua)

(Continuação)

Agrupamento	Comparação	Inferências	Relações	Diagnóstico de enfermagem
<p>Eliminação Urinária Apresenta uma frequência urinária de três vezes durante o dia, de coloração amarelo escura, variando de acordo com a quantidade de água que ele bebe. Sente que sua bexiga se esvazia por completo, porém acontece da urina sair antes dele chegar até o banheiro, acredita que pode estar relacionado com os remédios que ele toma. Nega queixas urinárias. Levanta a noite uma média de duas a três vezes. Toma diurético regulamente. Ingera uma média de cinco copos de água por dia. Gosta muito de guaraná bebe toda vez que tem e pode comprar, não sente sede excessiva.</p>	<p>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.</p>	<p>Risco de incontinência urinária.</p>	<p>Uso de diurético regulamente.</p>	<p>Risco de incontinência urinária de urgência relacionado a efeito de medicação (diurético).</p>
<p>Enfrentamento Relata que a família contribui para o tratamento da sua doença. O dinheiro que dispõe é suficiente para as necessidades básicas de sua família, mas gostaria de comprar uma bicicleta nova, roupa nova e um carro velho. Possui renda mensal de dois salários. Com relação às mudanças que ocorreram na vida, diz não se sentir incomodado, tanto faz. Relata que as perdas são ruins, quanto mais perder amor, amigos, irmão, pai, mãe. Relata que não tem nada que o preocupa atualmente. Quando se sente nervoso, sai, bebe um refrigerante, esfria a cabeça e volta para casa. Não se sente ansioso. Relata que ninguém quer morrer, se observar o ambiente hospitalar verá que todos estão se tratando para ficar vivo. Possui sentimento de culpa, uma vez que há 35 anos ele e outras pessoas construíram um campo de futebol no bairro e que um rapaz foi jogar bola e morreu nesse campo. Ele se sente responsável por essa morte depois disso nunca mais jogou bola. Relata cumprir seus compromissos, quando tem um objetivo vai em frente, não desiste.</p>	<p>BRANDÃO, C. L. C. et al. A imagem corporal do idoso com câncer atendido no ambulatório de cuidados paliativos do ICHC-FMUSP. Psicologia hospitalar, São Paulo, v. 2, n. 2, dez. 2004.</p>	<p>Disposição para enfrentar seu estado de saúde.</p>		<p>Disposição para enfrentamento individual aumentado caracterizada por definir estressores como "administráveis".</p>

(Continua)

(Continuação)

Agrupamento	Comparação	Inferências	Relações	Diagnóstico de enfermagem
<p>Promoção da Saúde Disse que para as pessoas não ficarem doentes é importante ter cuidados com a boca, ingerir alimentos, ter atividade de lazer, ingerir, líquidos, fazer atividade física, relacionar-se bem, verificar PA regularmente e ter responsabilidade na família. Relata que para não ficar doente, pratica as seguintes atividades de promoção a saúde: verifica a PA regularmente, tem responsabilidade com a família, gosta de ficar na beira do córrego, andando no mato, acertando passarinho com estilingue. Foi vacinado contra influenza e tétano. Fumou por 10 anos uma média de 10 cigarros/dia e parou há 40 anos. Ex-etilista há 45 anos. Relata que no bairro em que mora existe hospital, posto de saúde, creche, igreja e escola. Tem o hábito de ir a UBS, uma vez por mês, para consultar, aferir PA e buscar os medicamentos. Relata seguir as instruções fornecidas pela equipe de saúde. Em casa disse conseguir manter o ambiente limpo e seguro. Consegue manter higienizado os utensílios de cozinha, roupas pessoais e de cama. É católico não praticante. Gosta de Deus, mas não vai à igreja, faz suas orações em casa. Sente falta de ir à igreja, mas tem hora que esquece de ir, não dá certo devido outros compromissos e que se rezar em casa ou na igreja é a mesma coisa. Ter uma religião é importante porque você pede uma coisa a Deus e ele manda.</p>	<p>WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2005. p. 21-23.</p>	<p>Busca de saúde.</p>		<p>Controle eficaz do regime terapêutico caracterizado por escolhas apropriadas de atividades diárias para atingir os objetivos de um programa de tratamento.</p>
<p>Relacionamento de Papel Relata que sua esposa foi embora há 10 anos. Ficaram casados por 30 anos e após a separação eles dividiram os bens e ela vive em um apartamento com a filha de 20 anos. Há dois meses conheceu uma senhora de 50 anos e agora vivem juntos. Relata viver bem com a nova parceira que é hipertensa e possui constipação intestinal. No dia-a-dia, um cuida do outro.</p>	<p>KARSCH, U. M. Idosos dependentes famílias e cuidadores. Cad. Saúde Pública. 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 caracterizada pelo funcionamento familiar que satisfaz as necessidades físicas, sociais e psicológicas dos membros da família.</p>

(Continua)

(Continuação)

Agrupamento	Comparação	Inferências	Relações	Diagnóstico de enfermagem
<p>Autopercepção Relata que quanto tem dificuldade de resolver um problema sozinho, pede ajuda a outra pessoa com mais experiência nesse assunto. Não se sente sozinho, porque possui uma companheira, relata que não existem momentos em que prefere ficar só, acha melhor desempenhar as tarefas domésticas com mais uma pessoa, fazendo juntos. Descreve sua maneira de ser como uma pessoa feliz, gosta de sua vida e do seu trabalho e sempre trabalhou para o seu sustento. Depois que a doença começou sente-se triste, porque não consegue fazer as mesmas atividades diárias como fazia, sente-se mais cansado. Não há nada que gostaria que fosse diferente em seu corpo. Realiza visita a outras pessoas e recebe visitas.</p>	<p>BRANDÃO, C. L.C. et al. A imagem corporal do idoso com câncer atendido no ambulatório de cuidados paliativos do ICHC-FMUSP. Psicologia hospitalar. São Paulo, v. 2, n. 2, dez. 2004.</p>	<p>Apresenta um bem-estar diante de si.</p>	<p>Disposição para autoconceito melhorado caracterizada por aceitar suas qualidades e limitações.</p>	
<p>Nutrição Em casa, ingere os seguintes alimentos: massas, pães, cereais e grãos diariamente, carne, ovos, verdura e legumes raramente. Ingere de duas a três vezes na semana carne de peixe e frango. Consegue ingerir a comida do hospital, não apresenta sensação de permanecer cheio com o estômago dilatado, digestão lenta, azia, queimação. Não possui náuseas, vômitos ou refluxo. A pele apresenta-se corada. Refere mastigar os alimentos por diversas vezes antes de engolir. P: 76 kg e AT: 168 cm. IMC: 26,76 kg/m². Ingere uma média de cinco copos por dia, gosta muito de guaraná, bebe, sempre que tem e pode comprar e não sente sede excessiva. Prega cutânea se desfaz rapidamente. Apresenta pele com umidade normal. Não pratica atividade física porque fica muito cansado.</p>	<p>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.</p> <p>IMC > 25 kg/m² significam excesso de peso.</p>	<p>Ingestão alimentar maior do que as necessidades. IMC: 26,76 kg/m².</p>	<p>Ingesta de carboidratos maior que as necessidades.</p>	<p>Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais relacionada a ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas caracterizado por peso 20% acima do ideal para a altura e a compleição.</p>

(Continua)

(Continuação)

Agrupamento	Comparação	Inferências	Relações	Diagnóstico de enfermagem
<p>Cavidade Oral Cavidade oral com presença de língua saburrosa, boca seca, halitose ausente. Ausência de 3 dentes na parte inferior da boca. Disse que pediu há 10 anos para extrair os dentes e colocar outros no lugar porque achava que desta forma ficaria mais bonito, depois enjoou desses dentes e os jogou fora. Disse que os dentes estavam bons quando pediu para extraí-los e que se arrepende disso.</p>	<p>AMÂNCIO, A.; CAVALCANTEU, P. C. Clínica Geriátrica. Rio de Janeiro: Ateneu, 1975. p. 85-93.</p>	<p>Integridade estrutural dos dentes prejudicada.</p>	<p>Falta de conhecimento a respeito da saúde bucal.</p>	<p>Dentição prejudicada relacionada à falta de conhecimento a respeito da saúde dental¹ caracterizada por perda de dentes.</p>
<p>Intoxicação Não possui animais domésticos em casa, disse ter roedores no domicílio e adjacências e ocasionalmente coloca veneno para rato. Relata que a família contribui para o tratamento da sua doença. Trabalha em uma horta para recuperação de drogados. Guarda diversos tipos de veneno para colocar nessa horta, refere tomar cuidado ao manusear esses produtos e que eles ficam trancados, só ele tem a chave. Não tem contato com produto de látex e não possui alergia a nenhum produto.</p>	<p>KACHAVA, A. M.; ESCOBAR, B. T. Perfil das intoxicações no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) em Tubarão (SC). Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 34, n. 4, p. 46-52, 2005.</p>	<p>Possibilidade de envenenamento.</p>	<p>Armazenamento de diversos tipos de veneno em casa.</p>	<p>Risco de envenenamento relacionado a grandes quantidades de substância guardadas em casa.</p>
<p>Fatores de risco de quedas Para se proteger de quedas, acidentes, violência e agressões é importante ter cuidado e trocar informações com os amigos. Quanto à violência é necessário ter cabeça fria para defender dela. Por ser bastante idoso, a equipe médica estabeleceu provável diagnóstico de DPOC, IC, MCP.</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. REME - Rev. Min. Enf. v. 8, n. 2, p. 321-325, abr./jun., 2004.</p>	<p>Risco de quedas.</p>	<p>Sua idade: 70 anos.</p>	<p>Risco de quedas relacionado à idade acima de 65 anos.</p>

(Continua)

¹ O termo saúde bucal é mais adequado, porém a NANDA (2006) padroniza saúde dental.

(Continuação)

Agrupamento	Comparação	Inferências	Relações	Diagnóstico de enfermagem
<p>Eliminações Intestinais Apresenta padrão de eliminação intestinal uma vez ao dia, com características endurecidas, de coloração marrom. Nunca evacuou sem querer e não faz uso de laxante. Elimina flatos todos os dias. Abdome globoso, indolor a palpação, RHA presentes no QID.</p>	<p>SHAKER, R.; DUA, K. S.; KOCH, T. R. Distúrbios Gastrenterológicos. In: DUTHIE, E. H.; KATZ, P. R. Geriatría Prática. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. p. 498-516</p>	<p>Eliminações intestinais preservada.</p>		
<p>Sexualidade Não possui relacionamento sexual. Relata que depois do 70 anos, isto não é necessário mais e que a mulher também não quer. O casal dorme em camas separadas. No começo desse relacionamento (dois meses) tinham relação sexual, depois resolveu parar. Afirma que isso é de consenso do casal. Diz que sentia prazer nas relações sexuais.</p>	<p>BUTLER, R. N.; LEWIS, M. I. Sexo e amor na Terceira Idade. Tradução de Ivanez de Carvalho Filho. 2. ed. São Paulo: Summus, 1985. p. 24.</p>	<p>Bem-estar em relação à opção sexual.</p>		
<p>Percepção Sensorial Relata sentir todas as partes do seu corpo. Caracteriza sua visão, olfato, audição, tato e paladar como bons. Não usa óculos, lentes de contato ou aparelho auditivo.</p>	<p>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, 2001. p. 427.</p>	<p>Percepção sensorial preservada.</p>		
<p>Padrão de Sono/Repouso Dorme uma média de seis horas ininterruptas, não cochila durante o dia. Relata ter vontade de dormir mais e se estiver preocupado não consegue dormir bem. Após o sono sente-se repousado e pronto para as atividades da vida diária.</p>	<p>GEIB, L. T. C. et al. Sono e envelhecimento. Revista de Psiquiatria, RS, v. 25, n. 3, p. 453-465, set./dez. 2003.</p>	<p>Padrão de sono preservado.</p>		