



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Ingrid dos Reis Tolios
Maria Verônica Nunes
Rafaela Baptista

**Diagnósticos de Enfermagem Gerontológica baseados na Classificação
Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0 – CIPE® Versão 1.0.**

Unidade de Internação Clínica Médica III, do Hospital Universitário Polydoro Ernani de
São Thiago.

Florianópolis
2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Diagnósticos de Enfermagem Gerontológica baseados na Classificação Internacional
para a Prática de Enfermagem Versão 1.0. – CIPE® Versão 1.0.

Relatório de Pesquisa como requisito final da disciplina da 8ª fase do Curso de
Graduação em Enfermagem, Estágio Supervisionado II.

Orientadora: Ângela Maria Alvarez
Supervisoras: Alda Isabel de Mello,
Isabela Ubaldo,
Thamy Canova Da Corregio
Acadêmicas: Ingrid dos Reis Tolios
Maria Verônica Nunes
Rafaela Baptista

Florianópolis, novembro de 2009.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	03
2. Objetivos.....	08
2.1 Objetivo Geral.....	08
2.2 Objetivo Específico.....	08
3. Revisão de Literatura.....	09
3.1 Política e Envelhecimento.....	09
3.2 Sistematização da Assistência em Enfermagem.....	13
3.3 Diagnóstico de Enfermagem.....	17
4. Marco Teórico.....	20
4.1 Teoria das Necessidades Humanas Básicas.....	20
4.2 Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem.....	23
5. Metodologia.....	28
6. Resultados.....	31
7. Referências.....	55
8. Apêndice.....	61
9. Anexo	63

1. INTRODUÇÃO

Dentro da visão biogerontológica, o envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (PAPALÉO NETTO, 2006). Contudo, observa-se que o fenômeno do envelhecimento humano não sofre interferências apenas biofisiológicas, outros aspectos como: os sociais, históricos e culturais afetam o processo de envelhecimento, sendo considerados também fatores determinantes desse fenômeno.

O ciclo vital refere-se às fases da vida de um indivíduo desde a sua concepção até a sua vida adulta, velhice e morte. A criança está associada com brincadeiras, inocência e dependência; o adolescente com transformações no corpo, crises existenciais e sexualidade; o adulto com produtividade, trabalho, estabilidade e o idoso com sabedoria e experiência (ALMEIDA & CUNHA, 2003).

As mudanças físicas referentes ao envelhecimento interferem no comportamento das pessoas idosas, visto que estas vivenciam uma experiência de desaceleração no ritmo de suas capacidades, esse fato torna importante quando afeta a vida diária dessas pessoas, já que elas perdem a capacidade de desenvolver atividades que antes realizavam sem dificuldades (BEE, 1997).

O surgimento do interesse pelo estudo do envelhecimento é algo que ganhou destaque recentemente, pois o aumento do número de idosos em todo o mundo exerceu pressão passiva sobre o desenvolvimento desse campo. Foi em 1903, que Elie Metchnikoff, sucessor de Pasteur, defendeu a idéia da criação de uma nova especialidade, a Gerontologia, pois acreditava que com o passar dos anos, a humanidade alcançaria uma velhice fisiológica normal (ACHENBAUM, 1995). Em 1909 essa especialidade passou a ser denominada geriatria por Ignatiz L. Nascher, médico considerado pai da geriatria, cujo significado era o estudo clínico da velhice. A partir de 1930 começaram a surgir numerosos trabalhos e pesquisas em todas as áreas que hoje compõe a ciência do envelhecimento. Por isso, cresce o número de gerontólogos e renomados pesquisadores interessados pelos estudos, pesquisas e conhecimento que este campo, o qual é a ciência do envelhecimento, oferece (PAPALÉO NETTO; PONTES, 1996).

Já no Brasil a representação da Gerontologia se mostrou através da fundação da Sociedade Brasileira de Geriatria (SBG) em 1961, que alguns anos depois, em 1968 com a inclusão de membros não-médicos, passou a ser designada Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Em 1994 o Presidente da República dispôs sobre a Política Nacional do Idoso e criou o Conselho Nacional do Idoso. A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar direitos sociais ao idoso, garantindo o seu bem-estar. Dez anos depois, outro acontecimento importante foi aprovação pelo Congresso Nacional, sob a Lei 10.741, do Estatuto do Idoso; isso se caracterizou como um momento político importante para Gerontologia. Já no que consiste à atenção à saúde, a mais nova conquista foi a revisão da Portaria No. 2.528 de outubro de 2006, sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, em atendimento ao programa de atenção à saúde do Ministério da Saúde “Pacto pela Vida”. Essa política tem como diretriz a promoção, manutenção e recuperação da saúde e preservação da autonomia e independência do idoso.

Quanto à Enfermagem Gerontogeriátrica, esta é uma especialidade que, no Brasil, vem se organizando para constituir conhecimentos específicos e vem recebendo incentivos de grupos de estudiosos brasileiros, bem como influência da enfermagem norte-americana. Essa especialidade, na enfermagem, supõem a composição de conhecimentos e prática da enfermagem, fundamentada nos conhecimentos provenientes da Enfermagem geral, da Geriatria e da Gerontologia, uma área mais abrangente que vem se construindo através de conhecimentos de amplas disciplinas. Assim, têm sido desenvolvidos grandes esforços por grupos de enfermeiras para o desenvolvimento dessa especialidade, devido ao aumento da população idosa e de suas crescentes demandas, tanto na área social como da saúde (GONÇALVES; ALVAREZ, 2006).

Nos últimos 50 anos, a população idosa no Brasil mais que dobrou, passando de 4% em 1940 para 8,6% em 2000, indicando que os idosos poderão representar 15% da população brasileira em 2020 (CAMARANO, 2006) e, projeções da Organização Mundial de Saúde apontam que em 2025 o Brasil será o sexto país do mundo com maior número de idosos (OMS, 2001). Essa impactante realidade é explicada pelo fato da forte redução de fecundidade e aumento da expectativa de vida, reduzindo a fração jovem e ampliando a idosa.

Além disso, observou-se nos últimos vinte anos uma forte queda nas taxas de mortalidade infantil, a qual no início da década de 90 era estimada em 48 óbitos por mil

nascidos vivos cai para 28 óbitos por mil nascidos vivos em 2000, ou seja, uma redução de 42% (SIMÕES, 2002). Não obstante, observa-se em contrapartida o aumento da esperança de vida nas idades mais avançadas, principalmente entre as mulheres. Esse acelerado crescimento de idosos na população vem a acarretar transformações profundas na estrutura sócio-econômico-político-cultural da sociedade, repercutindo diretamente no setor saúde e requerendo suporte e auxílio orientado por profissionais especializados. Afinal, estima-se que dentre 75% dos indivíduos que sobrevivem aos 70 anos, cerca de um terço será portador de doenças crônicas e pelo menos 20% terão algum grau de incapacidade associada (CAMARANO, 2006). Isto fica evidente quando falamos que entre as pessoas idosas que vivem no Brasil, vem aumentando a importância das causas de morte relacionadas a neoplasias, às doenças respiratórias e principalmente, às doenças circulatórias, as quais representam 37,5% dos óbitos da população com mais de 60 anos de idade. Com essas constatações, há a preocupação imediata do aumento da demanda de serviços de saúde trazido pelo envelhecimento populacional.

Para a área da enfermagem é fundamental o estudo do envelhecimento humano para o desenvolvimento de conhecimento e de tecnologias de cuidar. Segundo Gonçalves e Alvarez (2006): "O cuidar é um processo dinâmico e depende da interação e de ações planejadas a partir do conhecimento e do respeito à realidade do idoso e sua família".

Ainda, para essas mesmas autoras, existem metas prioritárias para o cuidado de saúde de pessoas idosas, sendo elas: promoção de um viver saudável; compensação de limitações e incapacidades, provisão de apoio e controle no curso do conhecimento, tratamento e cuidado específicos e facilitação no processo de cuidar.

Para que se realize uma assistência de enfermagem de qualidade ao idoso, é necessário que o enfermeiro reconheça de forma ampla e adequada o processo biopsicossocial e patológico do envelhecimento presente nesse indivíduo a ser cuidado. Assim, cientes de que o cuidado de enfermagem direciona-se a recuperação e ao bem estar do indivíduo e, visando o progresso desses cuidados, os profissionais da categoria fundamentaram cientificamente o seu processo de trabalho utilizando um instrumento denominado Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE). Esse instrumento, com uma visão integral de cuidado, possibilita ao profissional enfermeiro planejar a assistência de forma mais adequada às necessidades específicas do paciente (NÓBREGA; SILVA, 2009).

Esse método planeja a assistência de forma sistematizada em fases distintas: o **levantamento de dados** é considerado uma fase imprescindível para que o processo de enfermagem seja realizado com sucesso, sendo ainda um momento de interação entre o paciente e o profissional enfermeiro. O **diagnóstico de enfermagem** exige experiência e conhecimento científico por parte do enfermeiro, já que neste momento, identificados a partir da coleta de dados, ele tem uma avaliação do estado geral do paciente, reconhece os sinais e sintomas que este apresenta, podendo determinar as intervenções de enfermagem. O **planejamento da assistência** é mais uma etapa desse processo de sistematização assistencial, onde o enfermeiro deve interagir com o paciente a fim de planejar e executar um cuidado adequado para suas necessidades. Na etapa de **implementação da assistência** o enfermeiro tem a oportunidade de executar o cuidado, colocar em prática o plano assistencial traçado anteriormente, procurando fazer isso da melhor maneira possível, a partir de um plano de cuidados bem elaborado, estabelecido de acordo com as reais necessidades do paciente. Considerada a última etapa a **avaliação da assistência** é a oportunidade que o enfermeiro tem para avaliar as medidas executadas até então, podendo considerá-las efetivas ou não para um melhor restabelecimento da saúde do paciente. Estas medidas podem ter mudanças de acordo com a avaliação que o profissional realizou, e tornarem-se mais efetivas a partir da abordagem das necessidades específicas do paciente. (NÓBREGA; SILVA, 2009).

Dessa forma, é através da observação sistematizada que se busca reconhecer os problemas do paciente, identificando os diagnósticos de enfermagem, para que, posteriormente, sejam implementadas ações de enfermagem, as quais visam à solução do problema encontrado inicialmente. O termo diagnóstico, segunda fase do processo de enfermagem, origina-se do grego “*diaggnoskein*” e significa distinguir. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), diagnóstico de enfermagem é o nome “[...] dado por um enfermeiro a uma decisão sobre um fenômeno que é foco da intervenção de enfermagem” (CIE, 2003, p.iv). É uma etapa do processo de trabalho que o enfermeiro lança mão de todas as suas habilidades para formular o julgamento clínico. Julgamento clínico, segundo Cruz apud Nóbrega e Silva (2009, p.47) “ é uma habilidade cognitiva que permite ao enfermeiro, com base nas evidências e interpretações, formular um diagnóstico sobre a resposta do cliente ou seu problema de saúde”.

Considerando os estudos realizados pela área da Enfermagem Gerontológica, esses apontam a necessidade de uma linguagem padronizada para a sistematização da

assistência de enfermagem das pessoas idosas. Assim este estudo propõe a identificação de diagnósticos de enfermagem de idosos em tratamento clínico, com base na Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIE, 2007).

Optamos por trabalhar com a CIPE, visto que ela serve como um instrumento de informação para descrever a prática de enfermagem e prover dados que deveriam representar essa prática nos abrangentes sistemas de informação em saúde (CIE, 2001). É um sistema de classificação que tem o intuito de uniformizar e estabelecer uma linguagem comum no mundo. Deste modo, possibilita que as ações de enfermagem tornem-se mais visíveis e com maior respaldo técnico-científico em sua prática.

Considerando os problemas de saúde das pessoas idosas, que se encontram internadas em unidades hospitalares na busca por assistência, a questão que foi estudada é: Quais são os principais diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Identificar os principais Diagnósticos de enfermagem baseados na CIPE® Versão 1.0 por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem específicos da pessoa idosa, a qual se encontra internada em regime hospitalar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1- Aplicar e desenvolver a Sistematização de Enfermagem aos pacientes idosos hospitalizados na CMIII do HU, fundamentada na teoria das Necessidades Humanas Básicas e na CIPE® Versão 1.0;

2- Formular e estabelecer os diagnósticos de enfermagem dos idosos hospitalizados a partir da CIPE® Versão 1.0.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Política e envelhecimento

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos.

A regulamentação do SUS estabelece princípios e direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a universalidade, a integralidade da atenção, a equidade e o controle social, ao mesmo tempo em que incorpora, em sua organização, princípio da territorialidade para facilitar o acesso das demandas populacionais aos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei n.º 8.842/94 e Decreto n.º 1.948/96).

Em 2003, o Congresso Nacional aprovou e o Presidente da República sancionou o Estatuto do idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Capítulo IV do Estatuto reza especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção. Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória (BRASIL, 2006).

A Portaria n.º 2.528, de 19 de outubro de 2006, revisa e atualiza o constante da Portaria n.º 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999 e aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa por considerar a necessidade de que o setor saúde disponha de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso e para atender a Portaria n.º 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto (BRASIL, 2006).

Neste documento governamental a meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para idosos brasileiros, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento

marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem estar. Destaca a importância da implantação de Redes Estaduais à Saúde do Idoso, compatibilizando-as com as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa aprovada neste ano.

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

São apresentadas abaixo as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa:

Promoção do envelhecimento ativo e saudável: a promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é reconhecidamente a meta de toda ação de saúde. Ela permeia todas as ações desde o pré-natal até a fase da velhice. A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização determinados pela Organização das Nações Unidas (ONU). Com a perspectiva de ampliar o conceito de “envelhecimento saudável”, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde” (2005), ressaltando que o governo, as organizações internacionais e a sociedade civil devam implementar políticas e programas que melhorem a saúde, a participação e a segurança da pessoa idosa. Considerando o cidadão idoso não mais como passivo, mas como agente das ações a ele direcionadas, numa abordagem baseada em direitos, que valorize os aspectos da vida em comunidade, identificando o potencial para o bem estar físico, social e mental ao longo do curso da vida (BRASIL, 2006).

Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa: a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção; providos de condições essenciais – infra-estrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica. Instrumentos gerenciais deverão ser implementados pelos gestores municipais e estaduais do SUS, para que haja a participação de profissionais de saúde e usuários na

construção de planos locais de ações para enfrentamento das dificuldades inerentes à complexidade de saúde da pessoa idosa. Ficam estabelecidos, portanto, os dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o enfrentamento de fragilidades, da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde; e a promoção da saúde e da integralidade social, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006).

Estímulo às Ações Intersetoriais, visando à Integralidade da atenção: a prática da intersetorialidade pressupõe o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não-governamentais que trabalham com a população idosa. A organização do cuidado intersetorial a essa população evita duplicidade de ações, corrige distorções e potencializa a rede de solidariedade. As ações intersetoriais visando à integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa devem ser promovidas e implementadas, considerando as características e as necessidades locais (BRASIL, 2006).

Provimento de recursos capazes de assegurar Qualidade da Atenção à saúde da Pessoa Idosa: deverão ser definidas e pactuadas com os estados, o Distrito Federal e os municípios as formas de financiamento que ainda não foram regulamentadas, para aprimoramento da qualidade técnica da atenção à saúde prestada a pessoa idosa. Os mecanismos e os fluxos de financiamento devem ter por base as programações ascendentes de estratégias que possibilitem a valorização do cuidado humanizado ao indivíduo idoso (BRASIL, 2006).

Estímulo à Participação e Fortalecimento do Controle Social: deve-se estimular a inclusão nas Conferências Municipais e Estaduais de Saúde de temas relacionados à atenção à população idosa, incluindo o estímulo à participação de cidadãos e cidadãs idosos na formulação e no controle social das ações deliberadas nessas conferências. Devem ser estimulados e implementados os vínculos dos serviços de saúde com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim condições para uma efetiva participação e controle social da parcela idosa da população (BRASIL, 2006).

Divulgação e Informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) para Profissionais de Saúde, Gestores e Usuários do SUS: incluir a PNSPI na agenda de atividades da comunicação social do SUS; produzir material de divulgação, promover ações de informação e divulgação da atenção à saúde da pessoa idosa, apoiar a fortalecer ações inovadoras de divulgação e informação em diferentes linguagens culturais, identificar, articular e apoiar experiências de educação popular,

informação e comunicação em atenção à saúde da pessoa idosa, prover apoio técnico e/ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família e Programa Agente Comunitário de Saúde, para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em atenção à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006).

Promoção de Cooperação Nacional e Internacional das Experiências na Atenção à Saúde da Pessoa Idosa: devem-se fomentar medidas que visem à promoção de cooperação nacional e internacional das experiências bem sucedidas na área do envelhecimento, no que diz respeito à atenção à saúde da pessoa idosa, à formação técnica, à educação em saúde e a pesquisa (BRASIL, 2006).

Apoio ao Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas: apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas que avaliem a qualidade e aprimorem a atenção de saúde à pessoa idosa. Identificar e estabelecer redes de apoio com instituições formadoras, associativas e representativas, universidades, faculdades e órgãos públicos nas três esferas, visando: fomentar pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; identificar e apoiar estudos relativos ao envelhecimento e à saúde da pessoa idosa existentes no Brasil, com o objetivo de socializar, divulgar e embasar novas investigações; criar banco de dados de pesquisadores e pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa realizadas no Brasil; identificar e divulgar as potenciais linhas de financiamento para a pesquisa em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; priorizar as linhas de pesquisas em envelhecimento e saúde da pessoa idosa a serem implementadas pelo SUS; apoiar a realização de estudo sobre representações sociais, junto a usuários e profissionais de saúde sobre a saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006).

Caberá aos gestores do SUS, em todos os níveis, de forma articulada e conforme suas competências específicas, prover os meios e atuar para viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006).

3.2 Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE)

A acreditação hospitalar está fortemente relacionada e centrada na equipe de enfermagem. Portanto a implementação da Sistematização da Assistência em Enfermagem é uma etapa importante para o credenciamento das instituições hospitalares. Devido a isso, a SAE é um instrumento essencial para organização do trabalho do enfermeiro (FULY, 2008).

Em 2002, o Conselho Federal de Enfermagem regulamentou a utilização da Sistematização da Assistência em Enfermagem em instituições de saúde, através da Resolução nº 272/2002. Com isso torna-se legitimada e fundamentada a importância da utilização da SAE para que se desenvolva um pensamento crítico na prática da enfermagem. Visto que a aplicação da SAE em diferentes cenários de trabalho é uma atividade privativa do enfermeiro, a qual utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, sustentando ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (Resolução COFEN nº 272/2002).

A mesma resolução do COFEN afirma ainda que cabe ao enfermeiro: a implementação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem.

Um estudo de Fuly, Freire & Almeida (2003), realizado em 27 Centros de Terapia Intensiva no Rio de Janeiro, demonstrou que a SAE por meio da aplicação do processo de enfermagem em todas as suas etapas é ainda bastante incipiente, isto ocorre dentre outros fatores, por um desconhecimento a cerca do processo de enfermagem.

O estudo que analisou correntes de pensamento nacionais sobre a Sistematização da Assistência em Enfermagem, levantou que existem alguns conceitos associados ao tema SAE, que têm sido empregados de forma conflituosa no vocabulário popular da enfermagem como: processo de enfermagem, metodologia da assistência e a própria sistematização da assistência, ora apresentam-se como sinônimos e ora com diferentes definições. Sendo assim, esse equívoco gera conflito e dificuldade de entendimento sobre a prática profissional da enfermagem (FULY, LEITE & LIMA, 2008).

Para Freitas e Mendes (2006), a utilização da SAE é uma tentativa de universalizar a linguagem entre a categoria de enfermagem, possibilitando a excelência

do cuidado prestado cotidianamente, em especial ao idoso que representa uma parcela populacional que demanda atenção.

No processo de enfermagem a assistência é planejada para alcançar as necessidades específicas do paciente, sendo então redigida de forma a que todas as pessoas envolvidas no tratamento possam ter acesso ao plano de assistência. O processo de enfermagem possui um enfoque holístico; ajuda a assegurar que as intervenções sejam elaboradas para o indivíduo e não apenas para a doença; apressa os diagnósticos e o tratamento dos problemas de saúde potenciais e vigentes, reduzindo a incidência e a duração da hospitalização; promove a flexibilidade do pensamento independente; melhora a comunicação e previne erros, omissões e repetições desnecessárias (NÓBREGA; SILVA, 2009).

A utilização do processo de enfermagem favorece o desenvolvimento dos papéis específicos da Enfermagem e demonstra a complexidade do cuidado. Além de contribuir para que o profissional deixe de ser um mero executor de tarefas, e passe a membro integrante da equipe de saúde, capaz de avaliar suas ações, as quais devem produzir melhoria na qualidade da assistência e na condição do paciente (NÓBREGA; SILVA, 2009).

Segundo Smeltezer & Bare (2006) o processo de enfermagem é uma abordagem de resolução de problemas deliberada para atender às necessidades de cuidado de saúde e de enfermagem de uma pessoa. Embora as etapas do processo de enfermagem sejam apresentadas de várias maneiras por diferentes autores, as etapas comuns entre eles são o histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução. Depois que os diagnósticos ou problemas forem determinados, os resultados esperados freqüentemente ficam evidentes. As etapas tradicionais são definidas da seguinte forma:

Histórico de enfermagem: a coleta sistemática de dados para determinar o estado de saúde do paciente e identificar qualquer problema de saúde real ou potencial. A coleta de dados, segundo Nóbrega & Silva (2009), é uma fase imprescindível para o processo de enfermagem, sendo responsável pelo direcionamento do cuidado, uma vez que a partir das informações colhidas é que o enfermeiro identifica os diagnósticos e pode então traçar o plano assistencial do paciente. Esta fase tem o propósito de dar ao profissional uma base de dados sobre o paciente como: história clínica, história da doença anterior, estado de bem estar, práticas de saúde, e a condição atual do paciente.

Diagnóstico de enfermagem: depois de completar o histórico de enfermagem, a enfermeira passa ao processo de formulação dos diagnósticos de enfermagem

apropriados. O diagnóstico de enfermagem constitui uma afirmação que descreve a resposta real ou potencial do cliente a um problema de saúde, para o qual a enfermeira é licenciada e competente para tratar. O diagnóstico de enfermagem é o julgamento clínico sobre as respostas da pessoa, família ou comunidade aos problemas de saúde ou processos de vida reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui uma afirmação que descreve a resposta real ou potencial do cliente a um problema de saúde, para o qual a enfermeira é licenciada e competente para tratar (POTER; PERRY, 2001).

A literatura de enfermagem contém muitas definições para o diagnóstico de enfermagem. Estas definições evoluíram à medida que se fortaleceu a aceitação de diagnóstico da enfermagem pela profissão. Os componentes comuns destas definições incluem a enfermagem, o cliente e os problemas de saúde. Além disto, cada definição implica em que a enfermeira utilize as competências do raciocínio crítico para analisar os dados do histórico do cliente para formular os diagnósticos de enfermagem (POTER; PERRY, 2001).

Planejamento da assistência, segundo Smeltezer & Bare (2006), trata-se do desenvolvimento de metas e resultados, bem como de um plano de cuidado destinado a assistir o paciente na resolução dos problemas diagnosticados e a atingir as metas identificadas e os resultados esperados.

O histórico de enfermagem e a formulação dos diagnósticos de enfermagem são essenciais à etapa do planejamento do processo de enfermagem. O planejamento é uma categoria de comportamentos de enfermagem em que as metas centradas no cliente e os resultados esperados são estabelecidos, e as prescrições de enfermagem selecionadas, para atingir as metas e resultados do cuidado. Durante o planejamento, são estabelecidas as prioridades. Além de colaborar com o cliente e a família, a enfermeira deve consultar outros membros da equipe de saúde, rever a literatura pertinente, modificar o cuidado e registrar as informações relevantes sobre as necessidades de cuidado de saúde do cliente e o gerenciamento clínico (POTER; PERRY, 2001).

Implementação da assistência: começa depois que foi desenvolvido o plano de cuidado. Com o plano baseado em diagnósticos de enfermagem explícitos e relevantes, a enfermeira deve selecionar e iniciar as prescrições mais prováveis de sustentar ou melhorar o estado de saúde do cliente. A implementação descreve uma categoria de comportamentos de enfermagem em que as ações necessárias para atingir as metas e os resultados esperados do cuidado de enfermagem são iniciadas e completadas. A implementação inclui as prescrições de enfermagem para realizar ou direcionar o

desempenho das atividades de vida diária, o aconselhamento e o ensino do cliente ou da família; a prestação de cuidado direto para atingir as metas centradas no cliente; a delegação, a supervisão e a avaliação do trabalho dos membros da equipe; o registro e a troca de informações relevantes para o cuidado de saúde continuado do cliente (POTER; PERRY, 2001).

Avaliação ou Evolução da assistência: determinação das respostas do paciente às prescrições de enfermagem e a extensão em que os resultados foram alcançados. (SMELTEZER; BARE, 2006).

A avaliação é compreendida por muitos como a última fase do processo de enfermagem, sendo esta sistemática e planejada, visando comparar o estado de saúde do cliente com as metas e os objetivos anteriormente definidos. Entretanto, a avaliação precisa ser vista não apenas como um momento para comparar o quadro de saúde atual do paciente com o anterior, é necessário que o enfermeiro veja nessa fase um momento também para refletir sobre a qualidade de sua assistência (NÓBREGA; SILVA, 2009).

No intuito de desenvolver uma assistência baseada em um método científico e com isso facilitar também a avaliação do cuidado prestado, nas últimas décadas a Enfermagem tem procurado adotar o processo específico de trabalho como metodologia para sistematizar a assistência de enfermagem, o qual tem em uma de suas fases o processo de avaliação das metas estabelecidas. Dessa forma a avaliação passa a ser um artifício contínuo e sistemático, necessitando estar presente em todas as fases do processo de enfermagem, possibilitando mudanças que permitem resultados satisfatórios (NÓBREGA, SILVA 2009).

Portanto, avaliar em enfermagem é realizar um levantamento dos meios, procedimentos e resultados alcançados para o atendimento das necessidades humanas do cliente, seja diretamente junto do cliente ou dos meios necessários para promover essa melhoria (NÓBREGA, SILVA 2009).

3.3 Diagnóstico de Enfermagem

O Diagnóstico de Enfermagem deu seus primeiros passos, na guerra das Criméias em 1856, por meio de Florence Nightingale, pois ela diagnosticou e tratou “problemas de saúde” dos soldados que lutavam na guerra. Mas foi em 1970 que o Grupo de Diagnóstico da Associação Norte Americana de Enfermagem construiu uma classificação para denominação do conjunto de sinais e sintomas identificados pelo enfermeiro no paciente, ou seja, o diagnóstico de enfermagem. Desde esse momento várias taxonomias foram desenvolvidas para denominar os problemas encontrados nos clientes, entre elas: Sistema de OMAHA, Taxonomia de NANDA I e a CIPE. (NEGREIROS ET AL.; 2009).

Segundo Benedet e Bub (2001), a classificação diagnóstica tende a ser vista como nova, visto que a enfermagem vem se dedicando ao seu estudo somente nos últimos 40 anos.

No Brasil o processo de enfermagem foi implementado pela Dra. Wanda de Aguiar Horta em 1970. Horta estabeleceu a fase de diagnóstico como a segunda etapa do processo de enfermagem, deixando claro que o diagnóstico é função do enfermeiro, sendo baseado na observação, percepção e levantamento de problemas e necessidades encontradas no ser humano segundo Horta (1971), apud Negreiros et al. (2009).

Em 1989, O Conselho Internacional de Enfermagem com o intuito de uniformizar a linguagem da profissão iniciou o desenvolvimento da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE), a qual considera o diagnóstico de enfermagem como o nome “[...] *dado por um enfermeiro a uma decisão sobre um fenômeno que é foco da intervenção de enfermagem*” (CIE, 2007).

O Diagnóstico de Enfermagem pode ser considerado como um processo de raciocínio diagnóstico, pois abrange um processo intelectual complexo, envolvendo habilidade cognitiva, experiência e conhecimento científico, no qual o enfermeiro precisa fazer julgamentos e interpretações sobre os dados objetivos e subjetivos do paciente. Nessa fase o enfermeiro deve analisar um conjunto de sinais e sintomas com o intuito de denominá-los, tendo como base uma taxonomia. O processo de raciocínio diagnóstico está diretamente vinculado ao fazer do enfermeiro e à qualidade do cuidado prestado ao seu cliente (NEGREIROS ET AL.; 2009).

Esse processo cognitivo denominado raciocínio clínico ou julgamento clínico, é de alguma maneira o aspecto mais importante e desafiador para os profissionais e

acadêmicos da área, pois requer a habilidade de buscar fatos e relacioná-los com o conhecimento adquirido (NEGREIROS ET AL.; 2009).

De acordo com Risner (1986) apud Negreiros (2009) o processo de raciocínio diagnóstico exige que o profissional tenha uma base de conhecimentos incluindo anatomia, fisiologia, patologia, psicologia, sociologia, antropologia, epidemiologia, bacteriologia, além do conhecimento das teorias de enfermagem, visto que tomar decisões baseadas somente na intuição e nas experiências vividas é pouco efetivo.

Levantar diagnósticos de enfermagem é uma forma de desenvolver o raciocínio lógico permitindo selecionar a causa e efeitos das alterações encontradas, o que facilita estabelecer metas, implementar condutas e posteriormente avaliar a assistência prestada. (MARIN, CECÍLIO E RODRIGUES, 2008).

Segundo Marin, Messias e Ostroski, (2004) a falta de preparo profissional para utilização do diagnóstico de enfermagem é algo preocupante, sendo dessa forma necessária a mudança da postura dos enfermeiros buscando qualificação e aprimoramento nesta área. Para Negreiros (2009), isto mostra a necessidade de desenvolvimento de trabalhos sobre essa temática nas instituições de saúde, para que sejam desenvolvidas estratégias com a finalidade de desenvolver nos profissionais e acadêmicos essa capacidade cognitiva de analisar, interpretar e denominar os dados coletados, ou seja, formular o diagnóstico de enfermagem.

Atualmente alguns estudos na área de diagnóstico de enfermagem vem sendo desenvolvidos nas diversas áreas do Brasil. Segundo estudo feito no Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói – RJ; os diagnósticos de enfermagem, prevalentes, encontrados nos idosos foram: risco de integridade da pele prejudicada, afetando 106 (54,8%) idosos, seguido de memória prejudicada, 91(46,4%), dentição prejudicada, 81 (41,3%), e risco de quedas, encontrado em 70 (35,7%) (SANTOS, 2008). É importante destacar que o estudo foi realizado em um centro de referência em Neurologia, assim explicando o alto índice de memória prejudicada. Foi utilizada a taxonomia II de NANDA para levantamento dos diagnósticos de enfermagem.

Segundo Marin (2008), os principais diagnósticos de enfermagem encontrados, baseados na taxonomia II de NANDA, na pesquisa realizada entre as idosas carentes de uma área adscrita da Equipe de Saúde da Família são: mobilidade física prejudicada, dor crônica, manutenção do lar prejudicada, percepção sensorial visual perturbada, conhecimento deficiente e nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais.

Um estudo, realizado em Porto Alegre, investigou os principais diagnósticos de enfermagem prevalentes na prática assistencial de idosos hospitalizados baseados na taxonomia II de NANDA e foram encontrados os seguintes diagnósticos: Déficit no Autocuidado banho/higiene, Nutrição Desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, Risco de Infecção e Padrão Respiratório Ineficaz (ALMEIDA ET AL., 2008).

Em se tratando da CIPE, foi encontrado um único estudo brasileiro sobre diagnósticos de enfermagem com pessoas idosas. O trabalho “Variáveis associadas à ocorrência de quedas a partir dos diagnósticos de enfermagem em idosos atingidos ambulatorialmente” de Moreira, Costa, Felipe e Caldas (2007) utiliza a Classificação CIPE Versão Alfa direcionada ao idoso. Esse foi um estudo surgido a partir da prática ambulatorial no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), na Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e obteve como população alvo 1.652 idosos que freqüentam o ambulatório NAI. Os diagnósticos de enfermagem da clientela foram armazenados em um banco de dados informatizado, no Sistema Gerenciador de Banco de Dados Microsoft ACCES. O estudo observou o aumento da prevalência de quedas à medida que aumenta o número de diagnósticos de enfermagem em cada indivíduo, sendo que os diagnósticos de enfermagem prevalentes em idosos que apresentaram história de quedas foram: PA elevada, visão alterada, audição alterada, dores osteoarticulares, marcha alterada, fraqueza, incontinência urinária e hipotensão postural. Além disso, também concluiu que os idosos que faziam uso de quatro ou mais drogas tinham história de quedas em uma proporção maior aqueles que utilizavam até três medicamentos, demonstrando a importante contribuição dessa variável em aumentar a susceptibilidade para queda.

Diante desses estudos, fica evidente que a produção de pesquisas relacionando diagnóstico de enfermagem em pessoas idosas ainda é incipiente. Contudo atualmente estudos de enfermeiros brasileiros têm surgido discutindo diagnósticos de enfermagem, mostrando a necessidade das especialidades aprimorarem e implantarem uma linguagem universal para a prática da profissão.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Wanda de Aguiar Horta nasceu em 1926, em Belém do Pará. Recebeu o diploma de enfermeira pela escola de Enfermagem da USP, em 1948 e, em outubro de 1968, recebeu o título de Doutora de Enfermagem na Escola Ana Néri, na UFRJ. Como um dos marcos teóricos, utilizamos a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta, visto que essa é utilizada no campo de estágio onde foi realizada a Pesquisa. A teoria de Horta fundamenta-se em uma abordagem humanista e empírica, a partir da teoria da motivação humana, de Maslow. Admite o ser humano como parte integrante do universo e declara que desta integração surgem os estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. Diz que os seres humanos têm necessidades básicas e que buscam satisfazê-las nesse processo interativo (LEOPARDI, 1999).

Segundo Horta, as necessidades humanas básicas são estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios dos fenômenos vitais. Em estados de equilíbrio dinâmico, as necessidades não se manifestam, porém estão latentes e surgem com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado. São aquelas condições ou situações que o indivíduo, família e comunidade apresentam decorrentes do desequilíbrio de suas necessidades básicas que exijam uma resolução, podendo ser aparentes, conscientes, verbalizadas ou não. As necessidades são universais, portanto comuns a todos os seres humanos; o que varia de um indivíduo para outro é a sua manifestação e a maneira de satisfazê-la ou atendê-la. Inúmeros fatores interferem na manifestação e atendimento; entre eles podem-se citar: individualidade, idade, sexo, cultura, escolaridade, fatores sócio-econômicos, o ciclo saúde-enfermidade, o ambiente físico.

Maslow (1970), em sua teoria da motivação humana, estabeleceu as necessidades humanas básicas de forma hierarquizada em cinco níveis: necessidades fisiológicas, segurança, amor, estima e auto-realização. Considerou, também, que não há satisfação completa ou permanente de uma das necessidades, pois se houvesse, não existiria mais motivação individual. Foi a partir dessa percepção, que Horta guiou o seu modelo, dizendo que as necessidades humanas básicas têm várias características, as quais são dinâmicas e resultantes da interação entre meio interno e externo. Contudo, Horta optou por utilizar a classificação que João Mohana (1964) construiu em três

agrupamentos: necessidades de nível psicológico, psicossocial e psicoespiritual, sem hierarquização (GONÇALVES; ALVAREZ, 2006).

Classificação das necessidades humanas básicas, segundo Horta:

Necessidades psicobiológicas	Necessidades psicossociais
Oxigenação	Segurança
Hidratação	Amor
Nutrição	Liberdade
Eliminação	Comunicação
Sono e repouso	Criatividade
Exercício e atividades físicas	Aprendizagem (educação à saúde)
Sexualidade	Gregária
Abrigo	Recreação
Mecânica corporal	Espaço
Lazer	Auto-realização
Motilidade	Auto-estima
Cuidado corporal	Atenção
Orientação no tempo e espaço	Auto-imagem
Integridade cutâneo-mucosa	Participação
Aceitação	Necessidades psicoespirituais: religiosa, ética ou de filosofia de vida.
Integridade física	
Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular.	
Locomoção	
Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa de filosofia de vida.	
Ambiente	
Terapêutica	

Todas estas necessidades, para Horta, estão intimamente inter-relacionadas, uma vez que fazem parte de um todo, o ser humano, sendo fundamental que se integre o

conceito holístico do homem, pois ele é um todo indivisível, e não soma de suas partes. É perceptível a inter-relação mais estreita entre algumas necessidades e o distanciamento de outras, mas em maior ou menor intensidade todas elas sofrem alterações quando qualquer uma se manifesta, seja por desequilíbrio causado por falta ou excesso de atendimento.

Assim, para Horta, as necessidades não-atendidas ou atendidas inadequadamente trazem desconforto, e se este se prolonga é causa de doença. Portanto, estar com saúde é estar em equilíbrio dinâmico no tempo e espaço e o foco da Enfermagem é levar o ser humano ao estado de equilíbrio, ou seja, à saúde, pelo atendimento de suas necessidades básicas. Dessa forma, o enfermeiro tem responsabilidade de avaliar quais as necessidades que o paciente não pode suprir, auxiliando-o então nesse contexto.

Quanto ao sujeito da ação, embora Horta não deixe claro, propõem que o enfermeiro seja o agente da ação de enfermagem, através da sua capacidade cientificamente embasada, utilizando princípios das ciências físico-químicas, biológicas e psicossociais. A teorista destaca a necessidade de um processo interativo entre paciente e enfermeiro, numa relação pessoa-pessoa (HORTA, 1979).

Horta (1979, p.29) afirma que “*A enfermagem como parte integrante da equipe de saúde implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrios em equilíbrio pela assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas; procura sempre reconduzi-lo à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço*”.

Desta teoria decorrem conceitos, proposições e princípios que fundamentam a ciência de enfermagem, sendo que o primeiro desses conceitos é o de que a enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais. Como próximo conceito, assistir em enfermagem é: fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a outros profissionais (HORTA, 1979).

Em relação às proposições, as funções do enfermeiro podem ser consideradas em três áreas ou campos de ação distintos: área específica, de interdependência ou de colaboração e área social. A área específica significa assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; a área de interdependência ou de

colaboração contempla a sua atividade na equipe de saúde nos aspectos de manutenção, promoção e recuperação da saúde; a área social é dentro de sua atuação como um profissional a serviço da sociedade, função de pesquisa, ensino, administração, responsabilidade legal e de participação na associação de classe (HORTA, 1979).

Como princípios ou pressuposições básicas da teoria: a enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano; é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio; todo o cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação; a enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade; reconhece o ser humano como elemento participante ativo do seu autocuidado (LEOPARDI, 1999).

Assim, Horta define a enfermagem como uma ciência que tem por objetivo a satisfação de Necessidades Humanas, durante eventos que implicam em perda ou diminuição de saúde. Ainda, classifica essa como uma ciência que cuida ou assiste o ser humano fazendo pelo outro aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, ajudando-o quando impossibilitado de se autocuidar, ensinando os cuidados a serem desenvolvidos e encaminhando-o a outros profissionais para atendê-lo em necessidades específicas que fogem do alcance da enfermagem.

4.2 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A utilização de sistemas de classificação na prática profissional da Enfermagem permite o uso de uma linguagem única e padronizada, favorecendo o processo de comunicação, permuta de dados para o planejamento da assistência, o desenvolvimento de pesquisas, o processo de ensino-aprendizagem e principalmente confere cientificidade ao cuidado. Portanto, a normatização da terminologia é imprescindível para possibilitar a uniformidade do significado dos termos e o seu uso científico. A partir do momento em que uma linguagem padronizada torna visível e reconhecido o saber e o fazer da enfermagem pelas demais áreas do conhecimento, o seu uso torna-se uma das práticas prioritárias da profissão, seja no ensino, na pesquisa ou na assistência (TRUPPEL; ET AL., 2009).

Frente à necessidade de uma linguagem universal dentro da Enfermagem, foi proposto o desenvolvimento de um sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) no Congresso Quadrienal, em 1989, em Seul, na Coreia

do Sul. O desenvolvimento da CIPE ocorreu após a tentativa de um grupo de enfermeiras, membros da *American Nursing Association* (ANA) e da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), em 1986, incluir na Classificação Internacional de Doenças (CID – 10) um esquema de classificação de Diagnósticos de Enfermagem, como condições necessárias para o cuidado de enfermagem. Porém, a resposta enviada pela OMS aos enfermeiros, quanto ao documento proposto, explicava que esse não representava a Enfermagem no seu contexto mundial, sugerindo que um órgão internacional da categoria desenvolvesse um sistema de classificação, o qual fosse capaz de abranger os mais diferenciados contextos da prática da enfermagem, assim como relata Nilsen:

“Os esforços para a construção de uma classificação universal tiveram seu início no final da década de 1980, quando o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), devido às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), decidiu acrescentar às Classificações Internacionais de Diagnósticos e Procedimentos Médicos uma classificação de problemas / Diagnósticos de Enfermagem, de Intervenções de Enfermagem e dos Resultados de Enfermagem (NIELSEN, 1996 apud NÓBREGA, GUITIÉRREZ, 2000).”

Atendendo à solicitação, no Congresso Quadrienal do Conselho Internacional de Enfermagem de 1989, foi votada e aprovada a proposta para desenvolver um Sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. A justificativa para essa solicitação foi inicialmente a falta de um sistema de classificação da linguagem da profissão, necessário para que a Enfermagem possa contar com dados confiáveis na formulação de políticas de saúde, no gerenciamento de custos, na informatização dos serviços de saúde e no controle de seu próprio trabalho (NÓBREGA; GUITIÉRREZ, 2000).

A CIPE funciona como um sistema de informação que classifica os fenômenos, as ações e os resultados de enfermagem, permitindo a descrição e a caracterização de sua prática. Representa um marco unificador de todos os sistemas de classificação disponíveis no âmbito mundial, tendo como objetivos estabelecer uma linguagem única que descreva a prática de enfermagem a fim de otimizar a comunicação entre os enfermeiros e destes com os demais profissionais; propiciar dados mais fidedignos para a pesquisa, assistência, gerenciamento e ensino em enfermagem e descrever as necessidades dos indivíduos, as intervenções e os resultados advindos das ações de enfermagem (TRUPPEL; ET AL., 2009). Assim, o foco central da CIPE é a prática de enfermagem, descrita como um processo dinâmico, sujeito a mudanças, tendo como

componentes principais os fenômenos, as ações e os resultados de enfermagem, num enfoque multiaxial. Esse enfoque permite combinações de conceitos dos distintos eixos, proporcionando maior solidez à classificação e diversificando a expressão de seus conceitos (NÓBREGA; GARCIA, 2005).

Como linguagem unificada, partilhada no âmbito mundial, a CIPE permite comparações de dados entre setores clínicos, populações de clientes, áreas geográficas ou tempos distintos; aumenta a visibilidade da Enfermagem nas equipes multidisciplinares de saúde; facilita o estabelecimento de uma correlação entre as atividades desenvolvidas pela Enfermagem e os resultados alcançados e, dessa forma, apóia a alocação apropriada de recursos da saúde (GARCIA; NÓBREGA; COLER, 2008).

Essa classificação está em constante evolução e muito já foi alcançado em seus quase vinte anos de desenvolvimento. No ano de 2000, passou-se a considerá-la um programa oficial da área *Prática Profissional* e, em dezembro desse mesmo ano, os membros do Comitê de Avaliação revisaram sua definição, considerando-a uma terminologia combinatória para a prática de enfermagem, que facilita o mapeamento cruzado com termos locais e com vocabulários e sistemas de classificação existentes. Em 2003, o CIE começou a desenvolver, por intermédio do Programa CIPE, a idéia de criação de Centros de Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE. Portanto, um Centro CIPE acreditado pelo CIE é uma Instituição, Faculdade, Departamento, Associação Nacional ou grupo semelhante, que se destina a auxiliar a CIPE em seu processo de construção, realizando constantes avaliações. Dessa forma, esses Centros são considerados elementos importantes tanto para o desenvolvimento da profissão, como para a produção de informação e conhecimento com potencial para influenciar a Enfermagem nos anos futuros (GARCIA; NÓBREGA; COLER, 2008).

A primeira versão da CIPE foi publicada em 1996, a Versão Alfa, constituída pelas Classificações de Fenômenos e de Intervenções de Enfermagem. Já em 1999, foi publicada sua segunda versão, a CIPE - Versão Beta, numa abordagem multiaxial, constituída das Classificações de Fenômenos e de Ações de Enfermagem. Em janeiro de 2002, o CIE publicou e disponibilizou, em sua *homepage*, a CIPE® - Versão Beta 2, com correções de alguns termos e acréscimos de outros, solicitando, mais uma vez, todo o empenho dos enfermeiros do mundo em sua utilização e validação na prática clínica. Em julho de 2005, no 23º Congresso Quadrienal do CIE, em Taiwan, foi lançada a CIPE® Versão 1.0. O Comitê de Aconselhamento Estratégico da CIPE

recomendou ao CIE a constituição de uma comissão para investigar qual software poderia ser usado para dar suporte ao complexo desenvolvimento da CIPE e sua manutenção, contando com a participação de líderes mundiais no campo de vocabulários da saúde, com a intenção de assegurar que a CIPE® Versão 1.0 fosse consistente nas normas de vocabulários. As principais recomendações emergidas no estudo foram prover uma base mais formal para a CIPE e usar software que fosse capaz de satisfazer as necessidades atuais e propiciar alguns critérios para um vocabulário completo e viável. Alguns desses critérios visavam a evitar redundância e ambigüidade de termos (ICN 2005).

“...a CIPE Versão 1.0 é mais que meramente um vocabulário., é um recurso que pode acomodar vocabulários existentes por meio do mapeamento cruzado que pode ser usado para desenvolver novos vocabulários como uma terminologia composicional, e que pode identificar relações entre os conceitos e vocabulários como uma terminologia de referência. Essa versão reflete principais reformulações na direção de tornar os sistemas de classificação tecnologicamente mais fortes, enquanto, ao mesmo tempo, sejam acessíveis ao uso de enfermeiros. Apresenta-se por meio de uma simples estrutura multiaxial, por empregar um método de descrição lógica (ICN, 2005, apud NÓBREGA; SILVA, 2008/2009)”.

Em nosso trabalho utilizamos a versão da CIPE® 1.0, a qual é composta por um modelo de sete eixos, e não mais por oito eixos, como era proposto pela versão Beta2. Essa estrutura de classificação é denominada Modelo de Sete Eixos, a qual pretende facilitar ao usuário o acesso às definições e conceitos da CIPE, constituindo os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (ICN, 2005). Nesse Modelo de Sete Eixos são definidos como **Foco**: a área de atenção que é relevante para a Enfermagem e contém 816 termos, ex.: dor, expectativa de vida, eliminação, conhecimento; **Julgamento**: opinião ou determinação clínica relacionada com o foco da prática de enfermagem, com 34 termos, ex.: risco, interrompido, anormal; **Meios**: a maneira ou método de se realizar uma intervenção, com 269 termos, ex.: atadura, serviço de nutrição; **Ação**: um processo intencional aplicado ou realizado para um cliente, com 214 termos, ex.: educar, trocar, administrar, monitorar; **Tempo**: o ponto, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência, com 60 termos, ex.: admissão, nascimento de uma criança, crônico; **Localização**: orientação espacial e anatômica de um diagnóstico ou intervenção, com 238 termos, ex.: posterior, abdome, escola, centro de saúde comunitário; **Cliente**: sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o recipiente de uma intervenção, com 27 termos, ex.: recém-nascido, família, comunidade. Dessa forma, os diagnósticos e os resultados de enfermagem incluem um

termo do eixo **foco** e um outro termo do eixo **juízo**, podendo ser inclusos, se necessário, termos adicionais de outros eixos. As intervenções de enfermagem incluem um termo do eixo **ação** e pelo um termo do eixo foco, não podendo ser utilizado nenhum termo do eixo juízo, porém, se necessário, podem ser inclusos termos adicionais de qualquer outro eixo (ICN, 2005 apud NÓBREGA; SILVA, 2008/2009).

Entre tantos objetivos da CIPE, um deles é a construção de um vocabulário especial e o desenvolvimento de um sistema de classificação dos componentes da prática de enfermagem (fenômenos, ações e resultados), de modo a sistematizar uma linguagem específica que descreva essa prática, isto é evidente e indispensável para o reconhecimento da importância e relevância da prática em nossa categoria profissional. O uso de linguagem específica não significa a normalização da assistência de enfermagem, pois o paciente é único e sua assistência deve ser individualizada, mas é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento dos tipos de ações que podem ser utilizados durante os cuidados a serem prestados.

5. METODOLOGIA

Considerando que este estudo tem o objetivo de identificar os principais diagnósticos de enfermagem baseados na CIPE® Versão 1.0 por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem, ele é de natureza qualitativa, sendo que optamos pela Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), pois a pesquisa foi realizada juntamente com o Processo de Enfermagem em todas as suas etapas. Essa articulação, segundo Trentini e Paim (2004) é uma característica da PCA.

“[...] é conduzida para descobrir realidades, resolver problemas específicos ou introduzir inovações em situações específicas, em determinado contexto da prática assistencial; portanto se caracteriza como trabalho de investigação, porque se propõem a refletir a prática assistencial a partir de fenômenos vivenciados no seu contexto, o que pode incluir construções conceituais inovadoras. O ato de assistir/ cuidar cabe como parte do processo de pesquisa” (TRENTINI E PAIM, 2004, p. 28-29).

A realização da PCA consiste em cinco fases, sendo elas: fase de concepção, fase de instrumentação, fase de perscrutação, fase de análise e fase de interpretação (TRENTINI E PAIM, 2004).

O estudo foi realizado na unidade de internação Clínica Médica III do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, no período de agosto a novembro de 2009. A unidade é composta por 30 leitos (4 leitos para hematologia, 6 leitos para clínica médica, 2 leitos para neurologia, 4 leitos para pneumologia, 4 leitos para nefrologia e endocrinologia, 4 leitos para cardiologia e 4 leitos para gastroenterologia, 1 quarto com dois leitos que pode ser usado para isolamento reverso ou de precaução). A clínica presta cuidados à pacientes de ambos os sexos e de variadas idades, sendo prevalente os pacientes idosos. Fazem parte da equipe de enfermagem desta unidade oito enfermeiros, dezessete técnicos de enfermagem, seis auxiliares de enfermagem e três bolsistas assistenciais. Atuam também no local, profissionais de medicina, nutrição, fisioterapia, psicologia e farmácia, formando assim uma equipe interdisciplinar.

Participaram da pesquisa trinta pacientes com idade igual e superior a 60 anos, internados nessa unidade hospitalar durante o período do estudo. Os pacientes idosos que aceitaram participar assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido; aqueles que se encontravam incapacitados, essa responsabilidade coube a seu respectivo acompanhante.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, tendo como número do processo 220/09. Após a aprovação iniciou-se a coleta de dados. Foi aplicada a SAE, norteadas pelas NHB de Wanda Horta,

contemplando as etapas de coleta e registro de dados, sendo que a primeira etapa de coleta de dados partiu do Histórico de Enfermagem, um processo sistemático e organizado, o qual envolveu a visão de mundo, os conhecimentos científicos e habilidades das acadêmicas responsáveis por essa pesquisa. A fonte de dados teve origem primária, ou seja, anamnese e exame físico do paciente, além de informações coletadas de relatos dos acompanhantes e/ou origem secundária, que compreende dados retirados do prontuário ou outras fontes. Esta fase na PCA consiste na perscrutação, ou seja, as estratégias para obtenção das informações.

A partir dos dados levantados, foram realizados os registros, e assim formulados e estabelecidos os diagnósticos de enfermagem com base na teorização de construção da CIPE® Versão 1.0, seguindo o exemplo do quadro abaixo, o qual também apresenta as intervenções e resultados.

Quadro 1 - explicativo dos 7 eixos da CIPE® Versão 1.0.

7 Eixos	Cliente	Foco	Localização	Julgamento	Ação	Meios	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem	Idoso	Úlcera por pressão	Região Sacra	Com comprometimento epitelial, subcutâneo e muscular, com secreção purulenta			
Intervenção de Enfermagem	Idoso	Curativo	Região Sacra		Realizar	SF e carvão ativado	Manhã e se necessário
Resultados	Idoso	Úlcera por Pressão	Região Sacra	Melhora com diminuição da profundidade e ausência de secreção			

Diagnóstico de enfermagem: Idoso com úlcera por pressão em região sacra com comprometimento epitelial, subcutâneo e muscular com secreção purulenta, no idoso.

Intervenção de enfermagem: Realizar curativo em região sacra com soro fisiológico e carvão ativado pela manhã e mais vezes, se necessário, no idoso.

Resultado de enfermagem: Úlcera por pressão em região sacra com diminuição da profundidade e ausência de secreção, no idoso.

Na PCA, a coleta e análise dos dados ocorrem simultaneamente, condição esta propiciada pela natureza do método de pesquisar cuidando e cuidar pesquisando. Desta forma, a fase de análise e interpretação dos dados consiste em quatro etapas, que ocorrem praticamente de maneira seqüencial: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI e PAIM, 2004).

Após a construção dos diagnósticos de enfermagem, foi realizado o levantamento desses, com o intuito de obtenção dos diagnósticos mais freqüentes em idosos internados em tratamento clínico. Dessa forma, para cálculo da porcentagem utilizamos a regra de três simples, ou seja, 30 idosos correspondem a 100% da amostra e o número de vezes que cada diagnóstico aparece no estudo terá, portanto, uma porcentagem X. Destacando que cada diagnóstico foi considerado apenas uma vez em cada idoso, dessa maneira, o surgimento máximo que poderíamos obter de cada diagnóstico no estudo seria de 30 vezes, o que corresponderia a 100%.

Durante o desenvolvimento desta pesquisa tivemos assessoria de especialistas da área de Diagnóstico em Enfermagem, para acompanhar a realização do projeto, a formulação dos diagnósticos e análise dos resultados.

6. RESULTADOS

Foi acordado pelo Colegiado da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem que o capítulo de resultados do Relatório da Pesquisa desenvolvido como Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação de Enfermagem da UFSC, seja a apresentação de um artigo, elaborado conforme as normas de uma revista da escolha dos alunos e orientador. Esta decisão objetiva estimular a pronta publicação das pesquisas desenvolvidas.

Chamamos atenção para o fato de que somente uma parte do “corpo de dados” obtidos é apresentada, discutida e analisada, dada a impossibilidade de construção de todos os artigos possíveis, no curto espaço de um semestre letivo. A seguir apresenta-se o artigo elaborado.

Diagnósticos de Enfermagem Gerontológica baseados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0 – CIPE® Versão 1.0..

Ângela Maria Alvarez¹
Ingrid dos Reis Tolios²
Maria Verônica Nunes³
Rafaela Baptista⁴

Resumo: A Enfermagem necessita de uma linguagem padronizada à Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, assim, esta pesquisa propõe a identificação de diagnósticos de enfermagem de idosos em tratamento clínico, com base na Classificação Internacional para Prática de Enfermagem – CIPE® 1.0. Os participantes deste estudo foram os idosos que se encontravam em regime hospitalar. A unidade de internação foi uma clínica médica da Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. A metodologia utilizada foi a da Pesquisa Convergente Assistencial, que tem como característica principal articular o processo de pesquisa com o ato de cuidar. Obteve-se como resultado uma amostra de 30 idosos pesquisados, sendo esses predominante do sexo feminino. Quanto à faixa etária, maior parte da amostra compreende idosos entre 60 e 70 anos de idade. Considerando os dados obtidos a partir do processo de cuidar e pesquisar, identificou-se um total de 97 diagnósticos de enfermagem gerontológica construídos a partir da CIPE® 1.0. Concluindo, a presente pesquisa pode contribuir para os estudos sobre diagnóstico enfermagem, bem como sobre a SAE, os quais têm sido principais temas de discussão na área. Acreditamos que a escolha pela Classificação Internacional da Prática de Enfermagem para a construção dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes nos idosos internados na unidade hospitalar, contribuirá para o fortalecimento das pesquisas em Enfermagem Gerontológica e para a própria prática profissional.

¹ Enfermeira, doutora, docente da Universidade Federal de Santa Catarina.

² Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem.

³ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem.

⁴ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem.

Descritores: diagnóstico de enfermagem; CIPE® Versão 1.0; idoso.

Introdução

Dentro da visão biogerontológica, o envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (PAPALÉO NETTO, 2006). Contudo, observa-se que o fenômeno do envelhecimento humano não sofre interferências apenas biofisiológicas, outros aspectos como sociais, históricos e culturais afetam o processo de envelhecimento, sendo considerados também fatores determinantes desse fenômeno.

O ciclo vital refere-se às fases da vida de um indivíduo desde a sua concepção até a sua vida adulta, velhice e morte. A criança está associada com brincadeiras, inocência e dependência; o adolescente com transformações no corpo, crises existenciais e sexualidade; o adulto com produtividade, trabalho, estabilidade e o idoso com sabedoria e experiência (ALMEIDA & CUNHA, 2003).

As mudanças físicas referentes ao envelhecimento interferem no comportamento das pessoas idosas, visto que estas vivenciam uma experiência de desaceleração no ritmo de suas capacidades, esse fato torna importante quando afeta a vida diária dessas pessoas, já que elas perdem a capacidade de desenvolver atividades que antes realizavam sem dificuldades (BEE, 1997).

Quanto a Enfermagem Gerontogeriátrica, esta é uma especialidade que, no Brasil, vem se organizando para constituir conhecimentos específicos e vem recebendo incentivos de grupos de estudiosos brasileiros, bem como influência da enfermagem norte-americana. Essa especialidade, na enfermagem, supõem a composição de conhecimentos e prática da enfermagem, fundamentada nos conhecimentos provenientes da Enfermagem Geral, da Geriatria, e da Gerontologia. Essa última, uma área mais abrangente sobre o estudo do envelhecimento humano, que vem se construindo por meio de conhecimentos de diversas disciplinas. Assim, grandes esforços têm sido empenhados por grupos de enfermeiras para o desenvolvimento dessa especialidade, devido ao aumento da população idosa e de suas crescentes demandas, tanto na área social como da saúde (GONÇALVES; ALVAREZ, 2006).

Segundo Camarano (2006), nos últimos 50 anos, a população idosa no Brasil mais que dobrou, passando de 4% em 1940 para 8,6% em 2000, indicando que os idosos poderão representar 15% da população brasileira em 2020 (CAMARANO, 2006). Projeções da Organização Mundial de Saúde apontam que em 2025 o Brasil será o sexto país do mundo com maior número de idosos (OMS, 2001). Essa impactante realidade é explicada pelo fato da forte redução de fecundidade e aumento da expectativa de vida, reduzindo a fração jovem e ampliando a idosa.

Para a área da enfermagem é fundamental o estudo do envelhecimento humano para o desenvolvimento de conhecimento e de tecnologias de cuidar. Segundo Gonçalves e Alvarez (2006): "O cuidar é um processo dinâmico e depende da interação e de ações planejadas a partir do conhecimento e do respeito à realidade do idoso e sua família".

Para que se realize uma assistência de enfermagem de qualidade ao idoso, é necessário que o enfermeiro reconheça de forma ampla e adequada o processo biopsicossocial e patológico do envelhecimento presente nesse indivíduo a ser cuidado. Assim, cientes de que o cuidado de enfermagem direciona-se a recuperação e ao bem estar do indivíduo e, visando o progresso desses cuidados, os profissionais da categoria fundamentaram cientificamente o seu processo de trabalho utilizando um instrumento denominado Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE). Esse instrumento, com uma visão integral de cuidado, possibilita ao profissional enfermeiro planejar a assistência de forma mais adequada às necessidades específicas do paciente (NÓBREGA; SILVA, 2009).

Foi em 2002, que o Conselho Federal de Enfermagem regulamentou a utilização da Sistematização da Assistência em Enfermagem em instituições de saúde, através da Resolução n° 272/2002. Com isso tornou-se legitimada e fundamentada a importância da utilização da SAE para que se desenvolva um pensamento crítico na prática da enfermagem. Visto que a aplicação da SAE em diferentes cenários de trabalho é uma atividade privativa do enfermeiro, a qual utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, sustentando ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (Resolução COFEN n° 272/2002). Em outubro de 2009, essa resolução foi substituída pela Resolução Cofen - 358/2009.

Esse método planeja a assistência de forma sistematizada em fases distintas: o levantamento de dados é considerado uma fase imprescindível para que o processo de enfermagem seja realizado com sucesso, sendo ainda um momento de interação entre o paciente e o profissional enfermeiro.

O diagnóstico de enfermagem pode ser considerado como um processo de raciocínio diagnóstico, pois abrange um processo intelectual complexo, envolvendo habilidade cognitiva, experiência e conhecimento científico, no qual o enfermeiro precisa fazer julgamentos e interpretações sobre os dados objetivos e subjetivos do paciente. Nessa fase o enfermeiro deve analisar um conjunto de sinais e sintomas com o intuito de denominá-los, tendo como base uma taxonomia. O processo de raciocínio diagnóstico está diretamente vinculado ao fazer do enfermeiro e à qualidade do cuidado prestado ao seu cliente (NEGREIROS ET AL., 2009).

Esse processo cognitivo denominado raciocínio clínico ou julgamento clínico, é de alguma maneira o aspecto mais importante e desafiador para os profissionais e acadêmicos da área, pois requer a habilidade de buscar fatos e relacioná-los com o conhecimento adquirido. Para Negreiros (2009), existe a necessidade de desenvolvimento de trabalhos sobre essa temática nas instituições de saúde, para que sejam desenvolvidas estratégias com a finalidade de desenvolver nos profissionais e acadêmicos essa capacidade cognitiva de analisar, interpretar e denominar os dados coletados, ou seja, formular o diagnóstico de enfermagem

O planejamento da assistência é mais uma etapa desse processo de sistematização assistencial, onde o enfermeiro deve interagir com o paciente a fim de planejar e executar um cuidado adequado para suas necessidades.

Na etapa de implementação da assistência o enfermeiro tem a oportunidade de executar o cuidado, colocar em prática o plano assistencial traçado anteriormente, a partir de um plano de cuidados adequadamente elaborado, estabelecido de acordo com as reais necessidades do paciente.

Considerada a última etapa, a avaliação da assistência é a oportunidade que o enfermeiro tem para avaliar as medidas executadas até então, podendo considerá-las efetivas ou não para um melhor restabelecimento da saúde do paciente. Estas medidas podem ter mudanças de acordo com a avaliação que o profissional realizou, e tornarem-se mais efetivas a partir da abordagem das necessidades específicas do paciente. (NÓBREGA; SILVA, 2009).

A utilização da SAE é uma tentativa de universalizar a linguagem entre a categoria de enfermagem, possibilitando a excelência do cuidado prestado cotidianamente, em especial ao idoso que representa uma parcela populacional que demanda atenção (FREITAS & MENDES, 2006).

Considerando os estudos realizados pela área da Enfermagem Gerontológica, esses apontam para a necessidade de uma linguagem padronizada para a sistematização da assistência de enfermagem às pessoas idosas. Assim este estudo propõe a identificação de diagnósticos de enfermagem de idosos em tratamento clínico, com base na Classificação Internacional para Prática de Enfermagem- CIPE® Versão 1.0 (CIE, 2007), que é um sistema de classificação que tem o intuito de uniformizar e estabelecer uma linguagem comum no mundo. Deste modo, possibilita que as ações de enfermagem tornem-se mais visíveis e com maior respaldo técnico-científico em sua prática.

Os objetivos do estudo foram: aplicar e desenvolver a Sistematização de Enfermagem aos pacientes idosos hospitalizados na CMIII do HU; formular e estabelecer Diagnósticos de Enfermagem utilizando raciocínio clínico com base nos 7 eixos preconizados pela CIPE® 1.0, e identificar os principais Diagnósticos de enfermagem específicos da pessoa idosa, a qual se encontra internada em regime hospitalar.

Metodologia

Tipo de pesquisa

Considerando os objetivos desse estudo, optou-se pela pesquisa de natureza qualitativa, utilizando o método de Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), pois a pesquisa foi realizada juntamente com o processo de enfermagem em todas as suas etapas. Essa articulação, segundo Trentini e Paim (2004) é uma característica da PCA, pois o ato de assistir/ cuidar cabe como parte do processo dessa modalidade de pesquisa.

Local do estudo

O estudo foi realizado na unidade de internação Clínica Médica III do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, no período de agosto a novembro de 2009. A unidade é composta por 30 leitos e atende a diferentes especialidades, bem como, presta cuidados a pacientes de ambos os sexos e de variadas idades, sendo prevalente a internação de pessoas idosas.

Participantes

Foram coletados dados de trinta pacientes com idade igual e superior a 60 anos, internados nessa unidade hospitalar durante o período do estudo. Os pacientes que aceitaram participar assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido; aqueles que se encontravam incapacitados, essa responsabilidade coube a seu respectivo acompanhante.

Coleta de dados

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, tendo como número do processo 220/09. Após aprovação iniciou-se a coleta de dados. Foi aplicada a SAE, norteada pelas NHB de Wanda Horta. Contemplou-se, portanto, na etapa de coleta de dados o histórico de enfermagem. Esse é um processo sistemático e organizado, o qual envolveu a visão de mundo, os conhecimentos científicos e habilidades das acadêmicas responsáveis por essa pesquisa. A fonte de dados teve origem primária, ou seja, anamnese e exame físico do paciente, além de informações coletadas de relatos dos acompanhantes e/ou origem secundária, que compreende dados retirados do prontuário ou outras fontes. Esta fase na PCA consiste na perscrutação, ou seja, as estratégias para obtenção das informações.

Como um dos marcos teóricos, utilizamos a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta, visto que essa é utilizada no campo onde foi realizada a Pesquisa. Essa teoria fundamenta-se em uma abordagem humanista e empírica, a partir da teoria da motivação humana de Maslow. Admite o ser humano como parte integrante do universo e declara que desta integração surgem os estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. Diz que os seres humanos têm necessidades básicas e que buscam satisfazê-las nesse processo interativo (LEOPARDI, 1999).

Análise dos dados

A partir dos dados levantados, foram realizados os registros, e assim formulados e estabelecidos os diagnósticos de enfermagem com base na teorização de construção da CIPE® Versão 1.0, seguindo o exemplo do quadro abaixo, o qual também apresenta as intervenções e resultados. No entanto, na presente pesquisa nos detivemos apenas na análise dos diagnósticos de enfermagem encontrados. O desenvolvimento das intervenções e resultados de enfermagem foi realizado diariamente no campo de estágio, contudo, não foram focos da discussão.

Quadro 1 - explicativo dos 7 eixos da CIPE® Versão 1.0

7 Eixos	Cliente	Foco	Localização	Julgamento	Ação	Meios	Tempo
Diagnóstico de Enfermagem	Idoso	Úlcera por pressão	Região Sacra	Com comprometimento epitelial, subcutâneo e muscular, com secreção purulenta			
Intervenção de Enfermagem	Idoso	Curativo	Região Sacra		Realizar	SF e carvão ativado	Manhã e se necessário
Resultados	Idoso	Úlcera por Pressão	Região Sacra	Melhora com diminuição da profundidade e ausência de secreção			

Diagnóstico de enfermagem: Idoso com úlcera por pressão em região sacra com comprometimento epitelial, subcutâneo e muscular com secreção purulenta, no idoso.

Intervenção de enfermagem: Realizar curativo em região sacra com soro fisiológico e carvão ativado pela manhã e mais vezes, se necessário.

Resultado de enfermagem: Úlcera por pressão em região sacra com diminuição da profundidade e ausência de secreção, no idoso.

Na PCA, a coleta e análise dos dados ocorrem simultaneamente, condição esta propiciada pela natureza do método de pesquisar cuidando e cuidar pesquisando. Desta forma, a fase de análise e interpretação dos dados consiste em quatro etapas, que ocorrem praticamente de maneira seqüencial: apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINE e PAIM, 2004).

Após a construção dos diagnósticos de enfermagem, foi realizado o levantamento desses, com o intuito de obtenção dos diagnósticos mais freqüentes em idosos internados em tratamento clínico. Dessa forma, para cálculo da porcentagem utilizamos a regra de três simples, ou seja, 30 idosos correspondem a 100% da amostra e o número de vezes que cada diagnóstico aparece no estudo terá, portanto, uma porcentagem X. Destacando que cada diagnóstico foi considerado apenas uma vez em

cada idoso, dessa maneira, o surgimento máximo que poderíamos obter de cada diagnóstico no estudo seria de 30 vezes, o que corresponderia a 100%.

Resultados e Discussão

Os dados foram organizados em forma de tabela e quadro para sintetizar os resultados do estudo. Em seguida discutiremos com base na literatura pesquisada sobre diagnóstico de enfermagem e Gerontologia. Abaixo segue a tabela de distribuição por sexo e idade do público alvo estudado:

TABELA 1 - Distribuição dos pacientes segundo sexo e idade, estudados na Unidade de Clínica Médica III do Hospital Universitário, no período de agosto a novembro de 2009. Florianópolis, Santa Catarina.

IDADE	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	F	%	f	%	f	%
60 --- 64	01	16,7	10	41,7	11	36,7
65 --- 69	02	33,2	02	8,3	04	13,3
70 --- 74	01	16,7	08	33,4	09	30,0
75 ---79	01	16,7	02	8,3	03	10,0
80 ≥	01	16,7	02	8,3	03	10,0
TOTAL	06	100,0	24	100,0	30	100,0

Dos 30 idosos que participaram do estudo, 80% eram mulheres e 20% eram homens. A maioria (36,7%) situava-se na faixa etária compreendida entre 60 e 64 anos. No entanto, 30% deles tinham idade entre 70 e 74 anos. Se calcularmos a frequência acumulada, verificamos que 80% dos participantes do estudo tinham idade entre 60 e 74 anos.

Entre as mulheres a faixa etária predominante (41,7%) foi dos 60 a 64 anos, embora 33,4% tivessem idade entre 70 e 74 anos. Calculando-se a frequência acumulada para a idade das mulheres, verifica-se que a maioria delas (83,4%) possuía idade compreendida entre 60 e 74 anos.

Diferentemente das mulheres, a faixa etária predominante entre os homens foi de 65 a 69 anos (33,2%). Embora menos evidente do que entre as mulheres, 66,6% deles, ou seja, um pouco mais da metade possuía idade compreendida entre 60 e 74 anos.

Os diagnósticos de enfermagem dos idosos internados na unidade hospitalar, construídos a partir da CIPE® Versão 1.0, durante o processo da pesquisa, totalizaram 97, sendo que muitos deles apareceram em apenas um paciente.

A seguir, encontram-se os diagnósticos de enfermagem que apresentaram frequência a partir de 40%, divididos pelas necessidades humanas básicas.

Quadro 2 - Diagnósticos de Enfermagem Gerontológica segundo as Necessidades Humanas Básicas.

<i>OXIGENAÇÃO</i>	
Padrão respiratório comprometido	47%
Dispnéia leve/moderada/acentuada aos grandes/pequenos esforços	40%
Secreção pulmonar esbranquiçada/amarelada/ fétida/ pequena/ média/ grande quantidade	40%
Padrão respiratório dependente de oxigenoterapia/ventilação mecânica	40%
<i>REGULAÇÃO NEUROLÓGICA</i>	
Risco para dependência medicamentosa	43,3%
<i>HIDRATAÇÃO</i>	
Ingestão de líquidos diminuída..	43,3%
<i>REGULAÇÃO HIDROELETROLÍTICA</i>	
Edema leve/moderado/acentuado em região..	53,3%
<i>PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS</i>	
Visão diminuída	70%
Dor leve/moderada/acentuada em região...	67%
<i>ALIMENTAÇÃO</i>	
Ingestão de alimentos diminuída	40%
<i>INTEGRIDADE FÍSICA/CUTANEO MUCOSA</i>	
Dentição ausente em arcada superior/inferior	87%
Risco para alteração da integridade da pele (região perineal, inguinal, abdominal, face externa dos braços e coxas)	53,3%
Pele e mucosas hipocoradas	47%

<i>SONO E REPOUSO</i>	
Sono comprometido	63,3%
<i>SEGURANÇA FÍSICA</i>	
Susceptibilidade para infecção aumentada	70%

A seguir, encontram-se discutidos os diagnósticos de enfermagem listados no quadro acima:

NECESSIDADE HUMANA BÁSICA: OXIGENAÇÃO

No presente estudo, a necessidade humana básica de oxigenação apresentou-se alterada nos idosos, tendo sido encontrado quatro diagnósticos de enfermagem: **padrão respiratório comprometido**, com 47% de frequência; **dispnéia leve/moderada/acentuada aos grandes/pequenos esforços** com 40% de frequência; secreção pulmonar esbranquiçada/amarelada/ fétida/ pequena/ média/ grande quantidade, com 40% de frequência e **padrão respiratório dependente de oxigenoterapia/ventilação mecânica** com 40% de frequência. Esse fato é explicado pelas alterações fisiológicas que ocorrem no indivíduo idoso, tornando-o mais susceptível a distúrbios pulmonares. A filtração mucociliar, tanto nas vias aéreas superior e inferior, tende a ficar diminuída; ocorrem alterações na configuração da massa muscular e da proporção torácica, repercutindo diretamente na diminuição da capacidade pulmonar; há um aumento do volume residual; a função imune sofre uma série complexa de processos que levam ao seu desequilíbrio, reduzindo, dessa forma, a resposta à imunização.

Além de modificações fisiológicas pelas quais os idosos passam no sistema respiratório, o atual grupo de pessoas acima de 65 anos, historicamente, passou por eventos agravantes quanto a essa problemática. Eles nasceram e cresceram na era pré-antibiótica, quando os efeitos devastadores sobre o desenvolvimento pulmonar das então infecções respiratórias virais comuns da infância, como a coqueluche e o sarampo, eram excessivos. A tuberculose era a causa de morte mais comum e a exposição ao bacilo medida pelo teste da tuberculina era de aproximadamente 100%. Como se não bastasse, de modo geral, a atual geração de idosos é a que apresenta prevalência mais alta de tabagismo e, como adultos na era pós-segunda guerra mundial, eles apresentaram

a mais longa exposição potencial aos níveis ambientais de poluição do ar, jamais ocorrida (HAY, 2002).

Fica evidente, portanto, que o processo de senescência no idoso no sistema respiratório, aliado aos fatores históricos e ambientais, torna altamente provável a aquisição de patologias pulmonares. Dentre essas doenças, a doença pulmonar obstrutiva crônica, a asma, a pneumonia, a fibrose intersticial pulmonar, entre outras, foram todas observadas nos idosos internados deste estudo, o que tornou possível e evidente a construção dos diagnósticos de enfermagem em questão. Lima-Costa, Peixoto e Giatti (2004), ao analisarem as causas de mortalidade entre idosos no período de 1980 a 2000 identificaram mudanças no padrão de mortalidade, assim como a redução da mortalidade por doenças do aparelho circulatório e o aumento da mortalidade por neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Por esse motivo, a medida da função respiratória tem sido sugerida como um importante *marcador biológico* de um processo de envelhecimento e qualidade de vida bem sucedidos.

NECESSIDADE HUMANA BÁSICA: REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

A necessidade humana básica de regulação neurológica apresentou-se atingida pelo diagnóstico de enfermagem **risco para dependência medicamentosa** em 43,3% dos idosos pesquisados. Esse fator de risco foi evidenciado devido ao uso de medicamentos psicotrópicos, sendo eles com propriedades sedativas, analgésicas e antidepressivas.

Como já relatado durante o estudo, o envelhecimento fisiológico traz mudanças no padrão de sono e, não diferente da realidade, muitos dos idosos pesquisados relataram que conseguem dormir apenas fazendo o uso de medicamento sedativo. Semelhante a isso, também ocorre com a dor. O idoso tem tendência a ter muitas doenças, ou seja, sofrer de comorbidades, assim como tem tendência a ter doenças crônicas. Acompanhado a isso, se manifesta a dor, fazendo com que muitos idosos solicitem analgésicos de uso controlado.

O uso de fármacos antidepressivos também se encontrou com frequência entre os idosos pesquisados. Segundo Hay et all (2002), a maior taxa de depressão ocorre na população mais idosa doente e internada, atingido 40% dos idosos em regime de internação hospitalar. Portanto, a farmacoterapia com antidepressivos também se demonstrou elevada.

A medicalização com psicotrópicos, além de proporcionar o risco de tolerância medicamentosa, pode provocar a dependência. Agravante a esse quadro, observa-se o fato da polifarmácia que geralmente acomete o idoso. Esse fato resulta em combinação de uma estreita janela terapêutica-tóxica, representada por alterações relacionadas à idade como uma diminuição de excreção renal e a duração prolongada da ação, predispondo o paciente a reações adversas. Portanto, a relação risco *versus* benefícios na maioria das drogas não é claramente conhecida para os idosos.

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS: ALIMENTAÇÃO e HIDRATAÇÃO

As necessidades nutricionais variam de acordo com o sexo, o grupo etário, a atividade física, o estado fisiológico ou patológico. Dentre os idosos pesquisados 43,3% apresentaram diagnóstico de **ingestão de líquidos diminuída** e 40% **ingestão de alimentos diminuída**.

A questão nutricional pode ser afetada por problemas de doenças, pela interferência de medicamentos ou por problemas sociais e psicológicos.

O envelhecimento fisiológico acarreta modificações na composição corporal do idoso, ocorrendo diminuição da massa magra e aumento da massa gordurosa. Essa transformação interfere na quantidade de energia necessária ao desenvolvimento das atividades, pois a diminuição da massa magra contribui para redução do metabolismo basal (MARUCCI, 2000).

As alterações nos órgãos dos sentidos, também podem levar a perda de apetite favorecendo a ingestão diminuída de alimentos e líquidos. Muitos dos idosos do estudo apresentaram ausência dentária parcial ou total, este é um fator que interfere diretamente na mastigação e deglutição, propiciando hábitos alimentares inadequados, dificultando a ingestão de alimentos mais rígidos como: carnes, frutas, verduras e legumes crus.

Segundo Marucci (2000), é freqüente nos idosos a presença simultânea de várias doenças, sendo a maioria crônico-degenerativo, e também relacionadas com a alimentação, como o diabetes mellitus, aterosclerose, osteoporose, câncer. Essas enfermidades, associadas ou isoladamente, podem afetar as necessidades nutricionais por alterarem processos metabólicos, a digestão, absorção, utilização e excreção de nutrientes.

Alguns dos pacientes que participaram da pesquisa estavam em uso de sonda nasoenteral para alimentação, visto que encontravam-se debilitados de alguma maneira

pela doença presente, por isso necessitavam da sonda para compensação da ingestão alimentar.

Deve-se ressaltar que é importante incentivar o idoso à ingestão alimentar e hídrica, pois o fato de estar internado, em alguns casos sem acompanhante, desmotiva o paciente a realizar as refeições de modo completo, conforme necessário para sua manutenção nutricional.

NECESSIDADE HUMANA BÁSICA: REGULAÇÃO HIDROELETROLÍTICA

A necessidade humana básica de regulação hidroeletrólítica apresentou-se alterada com a presença do diagnóstico de enfermagem **edema** em 53,3% dos idosos hospitalizados da presente pesquisa, porém se apresentando de formas diversas. Alguns idosos encontravam-se com edema leve, moderado ou acentuado em diferentes regiões, principalmente membros inferiores e alguns idosos apresentavam até mesmo a anasarca, ou seja, o edema generalizado. No entanto, o principal causador desse distúrbio era uma cardiopatologia, a insuficiência cardíaca congestiva. Isso é explicado pelo fato de que o débito cardíaco sofre progressiva redução com o envelhecimento. Quando se avalia a reserva funcional do aparelho cardio-respiratório, verifica-se que ela se encontra limitada, cerca de 50% quando comparada aos 20 anos de idade. Isso se deve principalmente às alterações estruturais do miocárdio, reduzindo o volume sistólico máximo e ao declínio da frequência cardíaca máxima efetiva. Dessa forma, a reserva funcional pode ser superada instalando-se a insuficiência cardíaca, a qual, por sua vez, pode ser devido a causas metabólicas (infecções), a alterações hemodinâmicas agudas (hemorragias, infarto agudo do miocárdio, tromboembolismo pulmonar) e sobrecarga hemodinâmica crônica (anemia, hipertensão arterial, fístula arteriovenosa) (DUARTE & DIOGO, 2002). A insuficiência cardíaca é um problema comum especialmente nos mais idosos e é causa freqüente de hospitalização e re-hospitalização em indivíduos com mais de 65 anos (DUTHIE & KATZ, 2002).

Não obstante, uma modificação fisiológica hormonal que ocorre no idoso também é responsável por esse desequilíbrio hidroeletrólítico. O envelhecimento normal é acompanhado por uma resistência nos túbulos renais em captar o hormônio antidiurético, aumentando, conseqüentemente, os níveis basais da vasopressina. E, em contrapartida, há a redução da síntese de aldosterona, o hormônio que regula a absorção do sódio e a perda de potássio. Essas alterações são responsáveis por freqüentes

hiponatremias, geralmente agravadas por dieta hipossódica e anti-diuréticos (DUARTE & DIOGO, 2002).

NECESSIDADE HUMANA BÁSICA: PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

As necessidades de percepção dos órgãos dos sentidos mais alteradas encontradas nos idosos foram: **visão diminuída e dor**.

Durante a análise dos dados, detectou-se que 70% dos idosos investigados apresentam **déficit visual**. Segundo, Barreto Filho (2005), quando o indivíduo envelhece seu organismo passa por algumas transformações. No caso da visão, a retina passa a receber menos luz, devido a uma maior absorção da luz pela córnea, vítreo e cristalino. As pupilas também não dilatam tanto quanto no indivíduo jovem com o escurecimento do ambiente. Um aumento da opacidade do cristalino e outras partes do olho reduzem o contraste. A população neuronal da retina também declina com a idade. Dessa maneira diversos problemas de visão aparecem no idoso.

A visão diminuída acarreta uma série de conseqüências negativas em relação à saúde física, mental e social do idoso. Pois pode causar o isolamento social, visto que o indivíduo perde a independência, autonomia e muitas vezes se restringe de desenvolver atividades de lazer, devido a falta de segurança por não enxergar bem.

Entre os entrevistados, alguns faziam uso de óculos para leitura. Outros apesar de notarem a dificuldade para enxergar, não utilizavam nenhum dispositivo, pois muitas vezes nem haviam passado por consulta com o oftalmologista.

Os pacientes idosos com dificuldade visual requerem certos cuidados. O aumento da luminosidade nos ambientes auxilia-o a visualizar melhor. Devem-se retirar objetos e artefatos que possam atrapalhar a locomoção do idoso ou que propiciem que acidentes ocorram, como: tapetes, vasos, degraus, objetos pequenos espalhados pelo chão, entre outros.

No seguinte estudo encontramos entre os pacientes idosos a queixa de **dor**, aparecendo em 67% dos casos. Muitos dos idosos entrevistados apresentavam dor em mais de um local do corpo, e pelo menos alguma delas era caracterizada como dor crônica. Para fins de pesquisa, a Associação Internacional para Estudo da Dor preconiza a dor crônica como aquela com duração maior que seis meses, de caráter contínuo ou recorrente (três episódios em três meses). Segundo Dellarozza (2008), em um estudo

realizado com idosos, nos indivíduos com 60 a 69 anos, a dor crônica foi observada em 58%. Já no grupo de 80 anos ou mais, todos os idosos apresentavam dor crônica.

Para as pessoas idosas, a dor é um dos sintomas que mais interfere na qualidade de vida, pois causa algum grau de dependência, comprometendo diretamente as atividades da vida diária do indivíduo. Um exemplo disso é o idoso que apresenta dor nas regiões articulares, devido a processos degenerativos. Portanto este idoso provavelmente deixará de desenvolver certas atividades, pois apresentará dificuldade na locomoção.

A dor pode se manifestar como incômodo, dolorimento, queimação, desconforto, peso, pontada, ardência, formigamento, aperto. Segundo Burlá (2006), nos idosos é freqüente a manifestação atípica da dor, que se reflete em quadro de depressão, isolamento social, prejuízo funcional com comprometimento da marcha, diminuição da mobilidade e distúrbio do sono. Concordamos com o autor acima, visto que muitos pacientes tinham distúrbios das necessidades humanas básicas, devido ao quadro algico, sendo a dificuldade na mobilidade e em manter o sono e o repouso, as principais queixas.

Para melhor assistir ao idoso com dor, é importante entender a dor. Com isso a comunicação com o indivíduo para que ele localize e quantifique a dor que está sentindo é um ato essencial no cuidado. Pois dessa forma há como buscar identificação da etiologia da dor. Entre os pacientes que entrevistamos quantificamos a dor em leve, moderada e intensa, com isso podíamos mensurar quanto essa dor afetava as atividades da vida diária desse idoso.

NECESSIDADE HUMANA BÁSICA: INTEGRIDADE FÍSICA / CUTÂNEO MUCOSA

A integridade física, cutânea e mucosa do idoso mostra-se alterada ou com risco para alteração por diferentes motivos, sendo destacados abaixo os principais diagnósticos de enfermagem que foram identificados em relação a esta necessidade humana básica.

Dos idosos pesquisados, 87% apresentaram o diagnóstico de **ausência de dentição**, sendo em arcada superior e/ou em arcada inferior. Desse modo alguns faziam uso de prótese dentária, enquanto outros permaneciam com a ausência dos dentes, apresentando então, dificuldades na mastigação. Diante desse fato, julgamos de extrema relevância abordar os cuidados e dificuldades da higienização oral.

A higiene oral mostra-se necessária independente da presença ou não de dentes naturais. Para os idosos que utilizam prótese dentária, a higienização tem o intuito de mantê-las limpas, evitando desconforto, mau hálito, inflamações, focos infecciosos e outras complicações.

A deficiência na higienização causa principalmente a formação da placa bacteriana, que é uma mistura de microorganismos, derivados da saliva e de fragmentos orais, assim a degradação microbiana e detritos alimentares aderem à superfície dos dentes e gengiva. (BRANDÃO VIEIRA- 2004). Sendo assim, os idosos que se encontram acamados também devem receber cuidados de higiene oral após as refeições ou pelo menos três vezes ao dia. Para esse tipo de paciente a melhor maneira de realizar a higiene oral é retirando a prótese, se este apresentar e realizar a higiene da prótese. Mesmo assim a higiene da cavidade oral deve ser feita, utilizando-se gaze e um anti-séptico bucal.

As próteses dentárias mal adaptadas podem provocar feridas, que podem evoluir pra lesões mais graves, como: tumores e lesões ulceradas. (BRANDÃO VIEIRA-2004). Vale lembrar que a presença de dentes, sendo naturais ou não, tem uma importância social, pois muitos indivíduos que apresentam ausência dentária sentem dificuldade de interação social, devido a vergonha de conversar, de se expor diante do grupo social, ao qual está inserido.

Dos idosos entrevistados, 53,3% apresentavam diagnóstico de **risco para alteração da integridade da pele**, explicado pelo fato de que a idade avançada está associada a uma série de alterações nutricionais, metabólicas, vasculares e imunológicas. São inúmeras as alterações anatômicas e funcionais da pele, dentre elas, a derme que sofre atrofia em cerca de 20% de sua espessura; a duplicação do tempo de renovação epidérmica; a diminuição da função de barreira, aumentando o risco de lesão; a diminuição da capacidade dos receptores sensoriais, dificultando a percepção dos estímulos traumáticos e agressivos; a diminuição de produção de vitamina D, contribuindo para a fragilidade óssea; as glândulas sebáceas passam a produzir menor quantidade de sebo, tornando a pele mais seca; as glândulas sudoríparas, a vascularização e o tecido subcutâneo sofrem redução; as fibras de elastina e de colágeno diminuem, ocasionando menor elasticidade, flexibilidade e força tênsil; a papila dérmica se achata e a função epidermodérmica torna-se mais frágil, gerando maior risco a traumas mecânicos; a atividade biossintética e a velocidade metabólica celular tornam-se mais lentas (SANTOS, 2000).

Portanto, todo indivíduo idoso apresenta alterações fisiológicas na pele, a qual se torna mais frágil e susceptível a lesões. Além desse fator ser característico da senescência, o idoso submetido a regime hospitalar encontra-se em condições que agravam o risco para alteração da integridade da pele, tornado esse fenômeno um risco iminente. Compreendendo os fatores de agravo para esse risco, encontra-se a insulino terapia e a administração de heparina, ambas subcutâneas, o uso de fraldas e a permanência por um longo período de tempo no leito.

O regime terapêutico com insulina é um fator de risco, pois aplicação subcutânea do hormônio, se realizada freqüentemente na mesma região, provoca lipodistrofia, assim como, conseqüente redução e irregularidade de sua absorção. Enquanto isso, a aplicação de heparina, por sua propriedade anticoagulante, pode provocar o surgimento de equimoses, se administrada erroneamente e com freqüência no mesmo local.

Considerando a incontinência urinária mais uma característica da senescência e o grande número de idosos internados portadores desse agravo, a maioria dos idosos participantes da pesquisa encontrava-se fazendo uso de fralda. Esse artifício, apesar de necessário, é certamente uma condição que acresce riscos para a alteração de integridade da pele, pela possibilidade de gerar dermatite de contato, seja por reação alérgica, ou por ausência de troca com freqüência, com necessária higiene local simultânea.

A permanência prolongada no leito, seja por ausência completa ou diminuição da mobilidade, também foi observada em grande parte dos idosos entrevistados, constituindo assim, mais fator de risco para alteração da integridade da pele. Afinal, a compressão da área corporal sobre a superfície do colchão, por um período prolongado de tempo, reduz ou interrompe o fluxo sanguíneo para a área, prejudicando a nutrição da região sob compressão, provocando a úlcera por pressão. Além dessa pressão, pode ocorrer também força de cisalhamento ou fricção, causando lesões que podem comprometer a epiderme, derme, tecido adiposo e o tecido muscular (SAVONITTI & SGAMBATTI, 2000).

Dos idosos que participaram da pesquisa, 47% apresentaram o diagnóstico de **pele e mucosas hipocoradas**. Em muitos casos de idosos apresentarem ao exame físico esta alteração, a conduta da equipe médica é realizar uma investigação de possível quadro de anemia, muitas vezes essa anemia pode estar associada ao déficit alimentar ou a doenças crônicas de base que o idoso detém. Portanto, não podemos afirmar as

causas que levaram os pacientes pesquisados a apresentar este diagnóstico de enfermagem, visto que exames laboratoriais não foram avaliados em todos os casos.

Pode-se ainda relacionar um outro diagnóstico encontrado de forma freqüente, cuja evolução também pode levar ao prejuízo tissular: o edema. Isso porque, teoricamente, o aumento do fluido intersticial, ao reduzir a difusão, acarreta a baixa oxigenação tissular, e lembrando que a oxigenação e a perfusão tissular são condições essenciais para manutenção da integridade e sucesso na reparação tissular.

NECESSIDADE HUMANA BÁSICA: SONO E REPOUSO

A necessidade humana básica de sono e repouso encontrou-se comprometida com uma freqüência de 63% do diagnóstico de enfermagem **sono comprometido**, o que reflete na realidade encontrada no restante da população idosa e é cientificamente justificada. É um número expressivo de idosos que refere alterações relativas ao sono, sendo que aproximadamente 35% a 50% dessa população sofre de insônia e a institucionalização tende a ser um fator agravante (RODRIGUEZ, 2004).

Modificações devido ao processo natural do envelhecimento provocam distúrbios na qualidade do sono do indivíduo, assim como: dificuldade em conciliar e manter o sono noturno, ou seja, o idoso demora para adormecer e acorda várias vezes durante a noite; a percepção do sono torna-se mais leve e menos satisfatória; ocorre um despertar muito precoce e há maior tendência a dormir durante o dia, intencionalmente ou não. Assim, o processo de envelhecimento influencia, significativamente, a quantidade e estrutura do sono dentro das 24 horas do dia do idoso, fazendo com que sua capacidade de atingir o sono profundo mais longo fique comprometida, provocando conseqüências como alteração de humor, da atenção e da eficiência cognitiva, além de provocar o consumo desenfreado de comprimidos para dormir e tranqüilizantes (DUARTE & DIOGO, 2002).

Os distúrbios do sono que mais afetam os idosos são a insônia, a apnéia do sono e os movimentos dos membros. A insônia está ligada a doenças neurológicas (como Alzheimer e Parkinson), a patologias cardiorespiratórias, a fatores psicobiológicos, ambientais e a doenças acompanhadas de dor. Além disso, o uso de medicamentos hipnóticos, paradoxalmente, pode causar insônia pelo efeito rebote, assim como os betabloqueadores e algumas drogas antiarrítmicas que podem provocar pesadelos, ocasionando o despertar noturno. Já a apnéia do sono se caracteriza por paradas da respiração de pelo menos 10 segundos durante o sono e sua ocorrência vem aumentando

com o envelhecimento, atinge 4% dos homens de meia idade e 28% dos homens com mais de 65 anos, semelhante ao que também ocorre no sexo feminino (VIEIRA, 2004). Os movimentos dos membros ou síndrome das pernas inquietas provocam despertares e diminuição do tempo de sono.

Como um fator agravante das mudanças fisiológicas do envelhecimento, a internação hospitalar ou institucionalização é uma situação que pode afetar o ritmo circadiano, por despertares noturnos para administração de medicação, presença de ruídos adversos, cama incômoda, mudança do ambiente familiar, etc. Essas situações não são próprias da velhice, mas são devido a condições impostas e, graças a elas, o idoso pode perder progressivamente a qualidade e eficiência do sono.

NECESSIDADE HUMANA BÁSICA: SEGURANÇA FÍSICA

O seguinte estudo detectou que a necessidade humana básica de segurança física apresenta-se atingida em 70% dos idosos pesquisados, com o diagnóstico de enfermagem **susceptibilidade para infecção aumentada**. Isso ficou comprovado, devido aos inúmeros dispositivos invasivos que o idoso internado em uma unidade hospitalar faz uso. Além do mais a pessoa idosa apresenta um sistema imunológico em diferencial comparado com indivíduos mais jovens.

O idoso apresenta menor produção de anticorpos e isso acarreta conseqüências danosas, principalmente quando se fala nas infecções por germes encapsulados (*Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*), há disfunção da resposta neutrofílica, comprometendo a resposta às bactérias principalmente em pacientes diabéticos, a imunidade celular fica comprometida acarretando maior incidência de herpes zoster e de tuberculose, e maior dificuldade na resposta a vacinas. Há disfunção, também, na produção de citocinas, que são mediadores da resposta inflamatória, contribuindo para menor resposta diante de um quadro de infecção. (FISCHER & TURCATO JÚNIOR, 2001). Por isso, a gravidade de um quadro infeccioso presente no idoso, determina que a prevenção de infecções é um cuidado de enfermagem que deve ser rigorosamente executado.

O idoso evidencia sinais de infecção que são diferentes do paciente jovem, portanto é necessário estar atento a casos que o idoso apresente mudança de comportamento, inapetência, prostração, sonolência, ou ataxia de marcha, geralmente acompanhada de quedas, descompensação hemodinâmica, fadiga, desânimo, isto pode caracterizar um quadro infeccioso (FISCHER & TURCATO JÚNIOR, 2001).

Na realidade hospitalar é muito comum utilizar a técnica de sondagem vesical de demora ou alívio nos pacientes acamados com necessidade de medir o débito urinário ou para coleta de exames laboratoriais. Contudo esse procedimento é invasivo e acarreta risco para o desenvolvimento de uma infecção do trato urinário. Segundo Fischer & Turcato Júnior (2001), o idoso predispõem de condições específicas do trato urinário, o que aumenta as chances de infecções, como: maior resíduo pós-miccional em decorrência do aumento prostático ou por doenças neuro-degenerativas, alteração da flora e do PH vaginal, relaxamento perineal, desenvolvimento de divertículos, maior presença de bacteriúria assintomática e diminuição de secreções bactericidas do trato genitourinário.

Outra importante porta de entrada para agentes infecciosos são as punções venosas, podendo ser por acesso periférico ou central. Visto que o acesso venoso constitui-se em uma alternativa rápida e segura, capaz de prover a infusão de grandes volumes ao paciente, e obter resposta rápida de drogas de efeitos diversos; ele é muito usado no ambiente hospitalar, incluindo os casos de pacientes idosos. Quando falamos da punção venosa periférica, deve-se preferenciar os vasos distais, pois se for necessário posteriormente, progredir para os vasos proximais dos membros. As veias da fossa anticubital são as menos indicadas, pela proximidade com a articulação (PRADO; GELBECKE, 2002)

Diante disso, fica evidente a importância de monitorar o paciente idoso, quanto aos sinais e sintomas de infecção no sítio da punção venosa, avaliar o surgimento de sinais flogísticos (eritema, calor local, edema), para que se possa remover o acesso e providenciar nova punção em outro local.

Considerações Finais

A etapa do Diagnóstico Enfermagem, bem como o próprio desenvolvimento da SAE, têm sido um dos principais temas de estudo e discussão na área. Para a assistência de enfermagem de qualidade, é indiscutível a importância da fundamentação científica do processo de trabalho, tarefa, a qual é desempenhada através da SAE, instrumento que possibilita o profissional enfermeiro planejar a assistência adequadamente às necessidades específicas do paciente.

A escolha pela Classificação Internacional da Prática de Enfermagem vem ao encontro da emergente corrente de estudos que visa, além da padronização mundial da linguagem da Enfermagem, principalmente a promoção e confere cientificidade ao cuidado. Assim, acreditamos que, ao considerar a classificação para os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes nos idosos internados na unidade hospital possibilitou a visibilidade de temas relacionados ao cuidado gerontológico pode contribuir para o fortalecimento das pesquisas em enfermagem e da própria prática profissional no que tange à capacitação de recursos humanos e planejamento da assistência ao idoso hospitalizado.

Apesar de esse estudo limitar-se a uma amostra pequena e restrita a um dos setores de internação de um hospital geral, ele nos permite pensar em novos estudos para o seu aprofundamento.

Referências

- 1- ALMEIDA, A.M.O., CUNHA, G.G., Representações Sociais do Desenvolvimento Humano, **Psicol. Reflex. Crit.** Porto Alegre, 16 (1): 2003.
- 2- BARRETO, A.C.P.F. Funções Sensoriais. In: JACOB, W., **Avaliação Global do Idoso: Manual da Liga do GAMIA**, Atheneu, São Paulo, 2005.
- 3- BEE, H. **O Ciclo Vital**, Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 531.
- 4- BEYTH, R. J.; SHORR, R. I. Uso de medicamentos In: DUTHIE, E.H.; KATZ, P. R. **Geriatría Prática**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.
- 5- BURLÁ, C. Dor. In: HARGREAVES, L.H.H., **Geriatría**, Brasília, 2006.
- 6- CAMARANO A. A. Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica. IN: FREITAS E., et al. **Tratado de Geriatría e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 1113.
- 7- CEOLIM, M F. Sono e repouso. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento Domiciliar – um enfoque gerontológico**. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 2000, p. 350.
- 8- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). Resolução COFEN nº 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materiais.asp?ArticleID=7100§ionID=34>. Acesso em: 10/09/09.
- 9- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE

– nas Instituições de Saúde Brasileiras. Disponível em:

<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=10113§ionID=34> Acesso em 19/11/09.

- 10- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 1.0**, Algor Editora, São Paulo, 2007.
- 11- DAVIS, P. J.; FAITH B. D. Desordens Endócrinas. In: .DUTHIE, E.H.; KATZ, P. R. **Geriatría Prática**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.
- 12- DELLARROZA, M.S.G., et all, Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade, **Rev. Assoc. Med. Bras.** vol.54 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2008
- 13- DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento Domiciliar – um enfoque gerontológico**. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 2000, p. 22 - 23.
- 14- DUTHIE, E.H.; KATZ, P. R. **Geriatría Prática**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002, p. 358.
- 15- FIGUEIREDO, M. L. F., et all. Diagnósticos de Enfermagem do idoso acamado no domicílio. **Rev. Bras., Brasília**, 2008 jul-ago; 61 (4): 464-9.
- 16- FISCHER, A.S., TURCATO, G.J., Doenças Infecciosas. In: NETTO, M. P., BRITO, F.C., **Urgências em Geriatría**, Atheneu, São Paulo, 2001.
- 17- FREITAS MC, MENDES MMR. Idoso Vítima de Queimaduras: identificação do diagnóstico e proposta de intervenção em enfermagem, **Rev Bras Enferm**, Brasília 2006 maio-jun, 59(3): 362-66.
- 18- GOLÇAVES, L, H,T; ALVAREZ, A, M. O cuidado da enfermagem gerontogeriatría: conceito e prática. In: CAMARANO A. A. E., et al. **Tratado de Geriatría e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 1113.
- 19- HAY, D. P., et al. Depressão. In: DUTHIE, E.H.; KATZ, P. R. **Geriatría Prática**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.
- 20- HAY, D. P., et al. Distúrbios pulmonares. In: DUTHIE, E.H.; KATZ, P. R. **Geriatría Prática**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.
- 21- LEOPARDI, M.T. **Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-livro, 1999, p. 80 -81

- 22-LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; GIATTI, L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980 - 2000) **Epidemiologia e Serviços de Saúde** 2004; 13(4) : 217 – 228
- 23-MERSKEY, N.B., **Classification of chronic pain: descriptions f chronic pain syndromes and definitions of pain terms prepared by the International Association for the Study of Pain**. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994.
- 24-MOREIRA, M.D., COSTA, A.R., CALDAS, C.P., Variáveis associadas à ocorrência de quedas a partir dos diagnósticos de enfermagem em idosos atendidos ambulatorialmente. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, 2007; 15(2): 311-317.
- 25-NEGREIROS, R. V., et. al., Diagnóstico de enfermagem: segunda fase do processo de enfermagem. IN: NÓBREGA, M. M. L., SILVA, K. L., **Fundamentos do Cuidar em Enfermagem**, 2º Ed., ABEn, Belo Horizonte, 2008/2009.
- 26-NÓBREGA, M. M. L., SILVA, K. L., **Fundamentos do Cuidar em Enfermagem**, 2º Ed., ABEn, Belo Horizonte, 2009, p. 16 - 24.
- 27-ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. The world health report 2001. Geneva: WHO; 2001.
- 28-PAPALEO NETTO, M., **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, São Paulo, Atheneu, 2006.
- 29-PRADO, M.L., GELBECKE, F.L., **Fundamentos de Enfermagem**, Florianópolis, Cidade Futura, 2002, p. 368.
- 30-RODRIGUEZ, C. M. Sono e Insônia no Idoso. In: SALDANHA, L. A.; CALDAS, C. P. **Saúde do Idoso – a arte de cuidar**. 2 ed. Rio de Janeiro: 2004.
- 31-SAKANO, L. M.; YOSHITOME, A. Y. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados **Acta paul. enferm.** vol.20 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2007: 37 - 49
- 32-SANTOS, V. L. C. G. Avanços tecnológicos no tratamento de feridas e algumas aplicações em domicilio In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento Domiciliar – um enfoque gerontológico**. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 2000, p. 22 - 23.
- 33-SAVONITTI, B. H. R. A; SGAMBATTI, M. S. Cuidando da pele e dos pés e prevenindo ulcera de pressão no idoso em domicilio. In: DUARTE, Y. A. O.;

- DIOGO, M. J. D. **Atendimento Domiciliar – um enfoque gerontológico**. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 2000, p. 22 - 23.
- 34- TRENTINI, M. ; PAIM, Lygia . **Pesquisa em Enfermagem - Uma Modalidade Convergente-Assistencial**. Florianópolis - SC: Editora da UFSC, 2004, p. 25-97.
- 35- VIEIRA, E. B. **Manual de Gerontologia – um guia teórico –prático para profissionais, cuidadores e familiares**. 2 ed. .Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

7. REFERÊNCIAS GERAIS DO TRABALHO

- 1- ACHENBAUM, WA. Crossing frontiers. Gerontology emerges as a science. Cambridge. Cambridge: University Press, 1995 apud CAMARANO A. A. Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica. IN: FREITAS E., et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- 2- ALMEIDA, M. A., Diagnósticos de enfermagem e intervenções prevalentes no cuidado ao idoso hospitalizado, **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, Agost. 2008, 16 (4): 123- 131.
- 3- ALMEIDA, A.M.O., CUNHA, G.G., Representações Sociais do Desenvolvimento Humano, **Psicol. Reflex. Crit.** Porto Alegre, 16 (1): 2003.
- 4- BARRETO, A.C.P.F. Funções Sensoriais. In: JACOB, W., **Avaliação Global do Idoso: Manual da Liga do GAMIA**, Atheneu, São Paulo, 2005.
- 5- BEE, H. **O Ciclo Vital**, Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 531.
- 6- BENEDET, S. A., BUB, M. B. C., **Manual de Diagnóstico de Enfermagem: uma abordagem baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas e na Classificação Diagnóstica da NANDA**, 2º Ed., Bernúncia , 2001.
- 7- BEYTH, R. J.; SHORR, R. I. Uso de medicamentos In: DUTHIE, E.H.; KATZ, P. R. **Geriatria Prática**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.
- 8- BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>. Acesso em: 20/06/09.
- 9- BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Dispõe sobre o Pacto pela Saúde 2006 e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em: 20/06/09.
- 10- BURLÁ, C. Dor. In: HARGREAVES, L.H.H., **Geriatria**, Brasília, 2006.
- 11- CAMARANO A. A. Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica. IN: FREITAS E., et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 1113.

- 12- CEOLIM, M F. Sono e repouso. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento Domiciliar – um enfoque gerontológico**. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 2000, p. 350.
- 13- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). Resolução COFEN n° 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materiais.asp?ArticleID=7100§ionID=34>. Acesso em: 10/06/09.
- 14- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 1.0**, Algol Editora, São Paulo, 2007.
- 15- INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES 2001. ICNP Review Process: How to Participate. Geneva, Switzerland: Internacional Council of Nurses.
- 16- DAVIS, P. J.; FAITH B. D. Desordens Endócrinas. In: .DUTHIE, E.H.; KATZ, P. R. **Geriatría Prática**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.
- 17- DELLAROZA, M.S.G., et all, Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade, **Rev. Assoc. Med. Bras.** vol.54 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2008
- 18- DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento Domiciliar – um enfoque gerontológico**. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 2000, p. 22, 23.
- 19- DUTHIE, E.H.; KATZ, P. R. **Geriatría Prática**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002, p. 358.
- 20- FIGUEIREDO, M. L. F., et all. Diagnósticos de Enfermagem do idoso acamado no domicílio. **Rev. Bras., Brasília 2008 jul-ago; 61 (4): 464-9.**
- 21- FISCHER, A.S., TURCATO, G.J., Doenças Infecciosas. In: NETTO, M. P., BRITO, F.C., **Urgências em Geriatría**, Atheneu, São Paulo, 2001.
- 22- FREITAS MC, MENDES MMR. Idoso Vítima de Queimaduras: identificação do diagnóstico e proposta de intervenção em enfermagem, **Rev Bras Enferm**, Brasília 2006 maio-jun, 59(3): 362-66.
- 23- FULY, P.S.C., FREIRE, S.M., ALMEIDA, R.T. The Nursing Process and its Application in Intensive Care at Rio de Janeiro as a Support to the Development of an Electronic Patient Record. **Online Braz J Nurs** 2003; 2(3).

- 24- FULY, P.S.C., LEITE, J.L., LIMA, S.B.S. Correntes de pensamento nacionais sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, **Rev Bras Enferm**, Brasília 2008 nov-dez; 61 (6): 883-7.
- 25- GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; COLER, M. S. Centro CIPE[®] do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 6, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600016. Acesso em: 05 junho 2009.
- 26- GOLÇAVES, L, H,T; ALVAREZ, A, M. O cuidado da enfermagem gerontogeriatrica: conceito e prática. In: CAMARANO A. A. E., et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 1113.
- 27- GONÇALVES, L, H,T; ALVAREZ, A, M. O cuidado da enfermagem gerontogeriatrica: conceito e prática . IN: FREITAS E., et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 1110-1116.
- 28- HAY, D. P., et al. Depressão. In: DUTHIE, E.H.; KATZ, P. R. **Geriatria Prática**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.
- 29- HAY, D. P., et al. Distúrbios pulmonares. In: DUTHIE, E.H.; KATZ, P. R. **Geriatria Prática**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.
- 30- HORTA, W. A. A metodologia do processo de enfermagem. Rev. Bras. Enf., Rio de Janeiro, ano. 24, n. 6, p. 81 – 95, out/dez. 1971 apud NEGREIROS, R. V., et al., Diagnóstico de enfermagem: segunda fase do processo de enfermagem. IN: NÓBREGA, M. M. L., SILVA, K. L., **Fundamentos do Cuidar em Enfermagem**, 2º Ed., ABEn, Belo Horizonte, 2009.
- 31- HORTA, Wanda Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1979, p. 27 -40.
- 32- INTERNACIONAL COUNCIL NURSING. Countdown to ICNP Version 1. 3. Ed. Jun./2005. Disposed of: <http://www.icn.ch/icnpcountdown.htm> Acessado: 11 Jun. 2009.
- 33- LEOPARDI, M.T. **Teorias em Enfermagem:instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-livro, 1999, p. 80 -81.
- 34- LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; GIATTI, L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980 - 2000) **Epidemiologia e Serviços de Saúde** 2004; 13(4): 217 – 228

- 35- MARIN MIS, et all. Análise das publicações sobre diagnóstico de enfermagem no Brasil, **Nurs**, São Paulo, 2004 set; 7 (76): 23-8.
- 36- MARIN MJS, et all. Diagnóstico de enfermagem de idosos carentes de um programa de Saúde da Família (PSF). **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, 2008 jun; 12 (2): 278-84.
- 37- MERSKEY, N.B., **Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms prepared by the International Association for the Study of Pain**. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994.
- 38- MOREIRA, M.D., COSTA, A.R., CALDAS, C.P., Variáveis associadas à ocorrência de quedas a partir dos diagnósticos de enfermagem em idosos atendidos ambulatorialmente. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, 2007; 15(2): 311-317.
- 39- NEGREIROS, R. V., et. al., Diagnóstico de enfermagem: segunda fase do processo de enfermagem. IN: NÓBREGA, M. M. L., SILVA, K. L., **Fundamentos do Cuidar em Enfermagem**, 2^o Ed., ABEn, Belo Horizonte, 2009.
- 40- NÓBREGA, M. M. L., SILVA, K. L., **Fundamentos do Cuidar em Enfermagem**, 2^o Ed., ABEn, Belo Horizonte, 2009, p. 16 - 24.
- 41- NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. **Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no Brasil**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.58 n.2, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000200020&script=sci_arttext. Acesso em 12 junho 2009.
- 42- NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Equivalência e Semântica de classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE – versão alfa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto v. 14, n.5, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000500006&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 12 junho 2009.
- 43- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. The world health report 2001. Geneva: WHO; 2001.
- 44- PAPALEO NETTO, M., **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, São Paulo, Atheneu, 2006.
- 45- PAPALÉO NETTO, M; PONTE, J. R. **Envelhecimento: desafio da transição do século**. In: PAPALÉO NETTO, M.(org). Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996.

- 46- POTTER, P. A. ; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processo e prática**. 5º ed., Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2001.
- 47- PRADO, M.L., GELBECKE, F.L., **Fundamentos de Enfermagem**, Florianópolis, Cidade Futura, 2002, pág. 368.
- 48- RISNER, P. A., Nursing diagnosis: diagnostic statements apud NEGREIROS, R. V., et. al., Diagnóstico de enfermagem: segunda fase do processo de enfermagem. IN: NÓBREGA, M. M. L., SILVA, K. L., **Fundamentos do Cuidar em Enfermagem**, 2º Ed., ABEn, Belo Horizonte, 2008/2009
- 49- RODRIGUES, M. S. P. & LEOPARDI, M. T. **O Método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. 118 p.
- 50- RODRIGUEZ, C. M. Sono e Insônia no Idoso. In: SALDANHA, L. A.; CALDAS, C. P. **Saúde do Idoso – a arte de cuidar**. 2 ed. Rio de Janeiro: 2004.
- 51- SAKANO, L. M.; YOSHITOME, A. Y. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados **Acta paul. enferm.** vol.20 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2007: 37
- 52- SANTOS, A. S. R. et al., Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo, **Revista Texto e Contexto**, 2008 jan.-mar., 17(1):141 - 49.
- 53- SANTOS, S. M. J.; NÓBREGA, M. M. L. Ações de enfermagem identificadas no Projeto CIPESC^(a) e utilizadas no cuidado de pacientes com AIDS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.38 n.4, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000400002. Acesso em 05 junho 2009.
- 54- SANTOS, V. L. C. G. Avanços tecnológicos no tratamento de feridas e algumas aplicações em domicilio In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento Domiciliar – um enfoque gerontológico**. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 2000, p. 22 - 23.
- 55- SAVONITTI, B. H. R. A; SGAMBATTI, M. S. Cuidando da pele e dos pés e prevenindo ulcera de pressão no idoso em domicilio. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento Domiciliar – um enfoque gerontológico**. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 2000, p. 22 - 23.
- 56- SMELTEZER, S. C.; BARE, G. B., **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, 10ºed., Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2006.

- 57- TRENTINI, M. ; PAIM, Lygia . **Pesquisa em Enfermagem - Uma Modalidade Convergente-Assistencial**. Florianópolis - SC: Editora da UFSC, 2004, p. 25- 97.
- 58- TRUPPEL, T. C.; MEIER, M. J.; CALIXTO, R. C; PERUZZO, S. A.; CROZETA K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000200008&script=sci_arttext. Acesso em: 05 junho 2009.
- 59- VIEIRA, E. B. **Manual de Gerontologia – um guia teórico –prático para profissionais, cuidadores e familiares**. 2 ed. .Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

8. APÊNDICE I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787 - e-mail:
nr@nr.usfc.br



ESTÁGIO SUPERVISIONADO II – 8ª FASE DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, acadêmica da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, juntamente com a professora Dra. Ângela Maria Alvarez, estamos desenvolvendo uma pesquisa denominada **Diagnósticos de Enfermagem Gerontológica baseados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE**, no contexto de Florianópolis, com o objetivo de identificar os principais Diagnósticos de enfermagem baseados na CIPE por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem específicos da pessoa idosa, a qual se encontra internada em regime hospitalar. A finalidade dessa pesquisa é a utilização de um sistema de classificação (CIPE), permitindo o uso de uma linguagem única e padronizada, a qual tem o intuito de tornar visível e reconhecido o saber e o fazer da enfermagem pelas demais áreas do conhecimento. Repercutido em benefícios aos estudos da saúde gerontológica, e promovendo qualificação da assistência ao idoso.

Por isso solicito sua colaboração participando desse **Estudo** que se desenvolverá através da Coleta de Histórico de Enfermagem (anamnese e exame físico), coleta de dados contidos no prontuário e informações cedidas pelo acompanhante do paciente idoso. Além disso, será desenvolvida a Assistência de Enfermagem, possibilitando a implementação de intervenções e posteriores avaliações de enfermagem.

Comunico que sua participação no estudo não prevê riscos, permitindo-lhe desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo no atendimento que vem recebendo nos serviços junto ao Hospital Universitário – UFSC.

Esclareço que sua participação nessa pesquisa lhe propiciará uma melhora na qualidade de assistência recebida, sendo que não são previstas despesas. Informo ainda a garantia que terá de receber respostas a qualquer esclarecimento a cerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa.

Se você tiver alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte dele, poderá entrar em contato pelos telefones abaixo. Se você estiver de acordo em participar dele, lhe serão garantidas todas as informações requisitadas, bem como assegurada a confidencialidade de seus dados pessoais no relatório de pesquisa.

Orientadora da pesquisa: Dra. Ângela Maria Alvarez

Telefone: 3721-9445 Email: alvarez@ccc.fsc.br

Pesquisadoras:

Ingrid dos Reis Tolios

Telefone: 8427-6324 Email: inditolios@yahoo.com.br

Maria Verônica

Telefone: 9932-0513 Email: ve_ronicaka@hotmail.com

Rafaela Baptista

Telefone: 9959-2355 Email: Rafaela_tenbap@yahoo.com.br

Consentimento Pós-Informação

Eu _____,
consinto voluntariamente participar dessa pesquisa e declaro que estou ciente de seus objetivos e método, bem como de meu direito de desistir a qualquer momento, sem penalização e / ou prejuízo ao cuidado que recebo. Uma cópia desse consentimento se encontra sob minha guarda e a segunda via está sob a guarda do pesquisador responsável.

Assinatura: _____

RG: _____

Assinatura do pesquisador responsável:

Florianópolis, ____ de _____ de 2009.

9. ANEXO I

CERTIFICADO APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA DA UFSC



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO

Nº 211

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 220/09 FR- 277585

TÍTULO: Diagnósticos de Enfermagem Gerontológica baseados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE.

AUTOR: Ângela Maria Alvarez, Rafaela Baptista, Maria V. Nunes e Ingrid dos Reis Tolios.

DPTO.: CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 27 de julho de 2009.


Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza

9.2 ANEXO 2**BANCA EXAMINADORA**

Ingrid dos Reis Tolios
Maria Verônica Nunes
Rafaela Baptista

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA BASEADOS NA
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM –
CIPE.**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ª fase, na disciplina INT 5162 - Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

Banca Examinadora



Hilda Isabel S. Mello

Marcos Barra

Rafaela Baptista

Florianópolis, 26 de novembro de 2009.

9.3 ANEXO III

PARECER FINAL ORIENTADOR



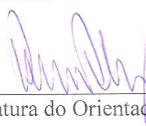
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

DISCIPLINA:INT 5162 - ESTÁGIO SUPERVISIONADO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

O estudo intitulado Diagnósticos de Enfermagem Gerontológica baseados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0 – CIPE® Versão 1.0 foi um desafio para as acadêmicas por ser uma nova corrente de pensamento em relação à sistematização da assistência de enfermagem. Mesmo sendo uma tentativa nova, as acadêmicas empenharam-se no levantamento bibliográfico e no domínio teórico e técnico que permitiu a elas um grande desenvolvimento metodológico relacionado ao tema.

No decorrer da pesquisa, as graduandas puderam efetivamente conhecer as necessidades dos idosos hospitalizados e planejar ações para amenizar as necessidades afetadas. Enquanto equipe, as estudantes trabalharam de forma unida, demonstrando companheirismo, tolerância mútua e desenvolvimento pessoal e grupal.

O resultado do estudo mostra uma produção na área de diagnóstico de enfermagem que exigiu planejamento, organização e tenacidade, cuja resposta foi dada de forma criativa e competente.



Assinatura do Orientador