

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MARIA JOSÉ GOMES DA ROCHA**

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA CONSULTA DE  
ENFERMAGEM EM GERONTOGERIATRIA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MARIA JOSÉ GOMES DA ROCHA**

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA CONSULTA DE  
ENFERMAGEM EM GERONTOGERIATRIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Dra. Laura Cavalcanti de Farias Brehmer**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM GERONTOGERIATRIA** de autoria do aluno **Maria José Gomes da Rocha** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

---

**Profa. Dra. Laura Cavalcanti de Farias Brehmer**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho ao meu pai, José Severino Gomes companheiro e amigo de todos os momentos, as minhas irmãs Claudia e Cleide amigas nas horas incertas e pela presença constante na minha vida.

Ao meu filho Joao Guilherme, inspiração da minha vida e principalmente a Deus pela conquista dessa trajetória.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar a Deus por ter me concedido a oportunidade de aprendizado e crescimento acadêmico e profissional.

Aos pacientes idosos que me levaram a buscar conhecimento nesse campo de atuação.

Agradeço a minha orientadora Profa. Dra. Laura Cavalcanti de Farias Brehmer por toda atenção e carinho.

## RESUMO

O desenvolvimento deste Trabalho de Conclusão de Curso foi motivado em parte por uma ansiedade profissional em relação a minha vivência no ambulatório hospitalar de geriatria e gerontologia e o contato com os idosos, familiares e cuidadores. Eu percebi entre os idosos atendidos no ambulatório, uma clientela diferenciada, eram idosos dependentes de álcool. O alcoolismo na terceira idade é maior do que se imagina. No contexto da atenção em enfermagem mobilizada pelas inquietações da minha prática o presente trabalho buscou elaborar um instrumento utilizado nas consultas de enfermagem com idosos. O produto desse estudo, ou seja, o instrumento de coleta de dados refere-se a uma Tecnologia Convergente Assistencial do tipo Tecnologia de Concepção. A construção do instrumento para consulta de Enfermagem foi elaborado a partir da avaliação do perfil epidemiológico e social da clientela do ambulatório deste estudo. A clientela da instituição é composta por idosos de egressos de internações no próprio hospital. Ao recebem a alta hospitalar os idosos são encaminhados ao ambulatório do Núcleo Hospitalar de Geriatria e Gerontologia. A base para sustentação do instrumento foi o Modelo Bifocal da Prática Clínica de Carpenito. Trata-se de um modelo assistencial onde são descritos o Diagnóstico de Enfermagem e a Prescrição de Enfermagem. Espera-se com a aplicação deste instrumento subsidiar de forma mais eficiente a abordagem a esse grupo, respeitando suas especificidades biopsicossociais e, fundamentalmente, qualificar a atenção à saúde nos âmbitos da promoção, proteção e recuperação.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>11</b>
<b>3. MÉTODOS.....</b>	<b>15</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>19</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>20</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>22</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento deste Trabalho de Conclusão de Curso foi motivado em parte por uma ansiedade profissional em relação a minha vivência no ambulatório hospitalar de geriatria e gerontologia e o contato com os idosos, familiares e cuidadores. As questões e preocupações abordadas na consulta fomentaram meu particular interesse pela temática e os instrumentos de trabalho para atenção em gerontogeriatrics, desde o início na admissão do idoso na instituição, até o seu retorno para a consulta de enfermagem.

Ao término da minha graduação em enfermagem e obstetrícia pela Universidade Federal Fluminense, em 1997, a vida me levou para outro lado, em 2001 passei no concurso público e comecei a trabalhar em um Hospital do Estado do Rio de Janeiro no Núcleo Hospitalar Geriátrico e Gerontológico. Nesta nova experiência me deparei, literalmente, com outra dimensão do trabalho do enfermeiro. A Consulta de Enfermagem foi um desafio, procurei saber qual seria a importância desta ação para o idoso e seus familiares e cuidadores, surgiram muitas dúvidas em relação às questões que deveriam ser abordadas, como identificar quais as necessidades básicas afetadas no cotidiano dos usuários, o que são as síndromes geriátricas, entre outras. Também estava preocupada em organizar uma estrutura para a consulta, em desenvolver uma forma de sensibilizar o familiar e o cuidador para tê-los como parceiros no tratamento.

Eu percebi entre os idosos atendidos no ambulatório, uma clientela diferenciada, eram idosos dependentes de álcool, e, diante desta especificidade as dúvidas aumentaram. Como deveria ser a atenção adequada e específica a estes idosos? Como abordar esse assunto ainda polêmico e velado, sobretudo, com a família e seu entorno social. Diante destas questões pesquisei em literaturas da área tipos de instrumentos que eu pudesse utilizar nas consultas, porém, foi nesse momento que percebi a necessidade de um instrumento específico para coleta dos dados na consulta de enfermagem gerontológica, que englobasse álcool e outras drogas.

Segundo Castro (1975) a Consulta de Enfermagem existe no Brasil desde 1968 e, está regulamentada pela Lei do Exercício Profissional nº 7498/86. Infelizmente, grande parte dos enfermeiros não estão preparados para exercer tal função, e, a população raramente reconhece a Consulta de Enfermagem ou mesmo a conhece como instrumento de assistência.



A assistência à saúde do idoso é uma atividade importante em função da vulnerabilidade nesta etapa da vida, geralmente o idoso tem mais de uma doença de base, neste caso, a consulta de enfermagem tem que estar direcionada não apenas nas orientações das patologias e seus tratamentos, deve abranger orientações para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. Em idosos dependentes de álcool a abordagem deve ser capaz fazê-lo reconhecer sua dependência, e, identificá-la como fator inerente a prejudicar a manutenção da sua capacidade funcional, e orientar a família que a dependência química hoje, é abordada como patologia e não como vida desregrada, ou falta de caráter, e que na atualidade existe tratamento medicamentoso e psicossocial para a dependência química, e essa orientação é dada no acompanhamento dos idosos através das consultas de enfermagem, ele e seus familiares, serão orientados a serem os parceiros na recuperação e manutenção da capacidade funcional.

O abuso de álcool e outras drogas representam sem dúvida um problema muito grave da sociedade contemporânea. É considerado problema de saúde pública cuja abordagem é de responsabilidade de todos os níveis de atenção do sistema único de saúde (SUS). O álcool é a substância psicoativa mais utilizada pela humanidade desde os tempos mais remotos e é de fácil acesso. Na década de 70, a Organização Mundial de Saúde definiu a dependência de álcool como um conjunto de sintomas graves e contínuos decorrentes do uso abusivo de álcool. Atualmente, considera-se abuso de álcool e outras drogas o uso compulsivo e frequente dessas substâncias, seguido da dificuldade que o usuário apresenta em controlar o seu consumo, o que pode ser um dos fatores de atritos com a família, afetando o convívio social, desenvolvendo uma série de problemas de saúde, prejudicando o corpo físico e o psicológico. O raciocínio se torna lento, podendo comprometer o desenvolvimento de tarefas e a compreensão das mesmas, levando muitas vezes ao desenvolvimento de acidentes.

O alcoolismo na terceira idade é maior do que se imaginava. Segundo a Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (Abead), o problema não costuma ser diagnosticado nesta faixa etária porque os sintomas do alcoolismo são atribuídos a outras doenças crônicas como demência e depressão ou, muitas vezes, ao próprio envelhecimento. E isso dificulta o tratamento.

Neste contexto da atenção em enfermagem mobilizada pelas inquietações da minha prática profissional o instrumento utilizado teria que ter em sua estrutura o objeto da minha inquietação, teria que abranger álcool e outras drogas, pois na atualidade, não se encontra tão longe da realidade que vivemos. Quando recebo um idoso que é usuário

de álcool e outras drogas, acabava por encaminhar o idoso a outros profissionais, para que pudesse ajuda-lo. Hoje com a Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem em Atenção Psicossocial, enriqueci meu conhecimento e meu aprendizado em relação ao álcool e outras drogas. Espera-se com o desenvolvimento deste instrumento contribuir com a sistematização da assistência em enfermagem a partir de um registro inicial na consulta de enfermagem cuja aplicabilidade será transversal ao processo de acompanhamento dos idosos. Bem como, por meio de questões que abordam a dependência de álcool e outras drogas, identificação desta especificidade e oferecer uma atenção diferenciada e adequada para as demandas que estes casos exigem.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

O instrumento de coleta de dados proporcionará uma abordagem que norteie as estratégias de promoção da saúde e prevenção dos agravos, e se constituem na primeira etapa do plano de cuidados. O reconhecimento das grandes síndromes geriátricas deve ser seguido por intervenções multidisciplinares que visem a recuperação da capacidade funcional do idoso. Na impossibilidade de implementação de ações preventivas e curativas, torna-se imperiosa a adoção de estratégias paliativas, buscando o conforto do idoso e de sua família.

### **O envelhecimento e a Saúde Mental**

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que no ano de 2025 existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos no mundo. Os idosos, com 80 anos ou mais constituem o grupo etário de maior crescimento. No Brasil, estima-se que haverá cerca de 34 milhões de idosos no ano de 2025, o país será elevado à 6ª posição entre os países com maior taxa de envelhecidos do mundo (UCHÔA et al., 2002).

A transição demográfica refere-se ao processo gradual em que uma sociedade passa de uma situação de altas taxas de natalidade a uma situação de baixas taxas de tal indicador. Já a transição epidemiológica é definida por mudanças no perfil de morbimortalidade, ocorrendo um aumento na prevalência de doenças não transmissíveis, as quais já atingem 75,5% dos idosos brasileiros (CHAIMOWICZ, 1997).

Cabe aos profissionais da saúde viabilizar no Sistema único de Saúde (SUS) serviços para o atendimento a esta nova realidade demográfica e epidemiológica. Considerando-se as projeções para as futuras realidades em relação ao envelhecimento da população e das características epidemiológicas é necessário agir com rapidez para responder efetivamente frente às mudanças.

O Brasil sofreu profundas mudanças nos últimos anos, com melhorias das condições de saúde e educação da população. Muitos dados dos últimos anos evidenciam, por exemplo, a diminuição da pobreza, a melhoria no acesso à saúde e à educação e o aumento da longevidade. Contudo, estas mudanças ainda não atingem a população brasileira como um todo, as desigualdades sociais persistem no país.

O SUS responde por cerca de 72% dos serviços públicos oferecidos a população e 70% da população usa regularmente algum tipo de serviço do SUS, sendo a mais procuradas os postos de saúde e os ambulatórios de hospitais (ALMEIDA et al., 2002).

Os idosos estão mais suscetíveis às enfermidades pelo processo fisiológico natural do envelhecimento, geralmente, são marginalizados pelos serviços de saúde por serem portadores de mais de uma doença de base e necessitarem de acompanhamento mensal e exames periódicos.

Na área da saúde mental destaca-se na recente história do Brasil a Reforma Psiquiátrica desde seu início com o movimento dos trabalhadores da área, passando pela promulgação da Lei 10.216/2001 que redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, até as diversas realizações organizacionais e estruturais da atenção aos portadores de doenças mentais a partir das novas perspectivas da Reforma.

A lógica introduzida pela nova política de saúde mental pode ser compreendida por meio da incorporação de aspectos da prática como a desinstitucionalização, a luta antimanicomial e a criação de novos serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para o atendimento de doentes mentais em geral e infratores, criança e adolescente portadores de transtornos mentais e dos dependentes de substâncias psicoativas.

Foram criadas, pelo Ministério da Saúde, linhas específicas de financiamento para a ampliação e cobertura em todos os estados e na maioria dos municípios brasileiros de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Também foram desenvolvidos mecanismos para fiscalização, gestão e redução programada dos leitos psiquiátricos no país (BRASIL, 2005).

Em 30 anos, desde a Reforma Psiquiátrica, ainda há um longo caminho a ser percorrido para atender todas as necessidades da população. No Brasil estima-se que existam mais de 10 milhões de portadores de doenças mental severa e mais de 5 milhões com doenças mental persistentes. Entretanto, a rede de serviços de saúde mental não oferta atenção suficiente para esta realidade. Por exemplo, são cerca de 689 CAPS e 357 moradias terapêuticas que atendem 2.850 moradores, e, 1.749 pessoas beneficiada pelo projeto Volta para Casa (MELLO, MELLO, KOHN et al. 2007).

O índice de transtorno mental em idosos gira em torno de 10,2 a 27% no país, a depressão aparece ao lado das síndromes orgânicas cerebrais, incluindo-se as demências com as doenças mais prevalentes nesta população.

No contexto do adoecimento na população idosa a dependência química vem se tornando cada vez mais um grave problema também para os idosos. A abordagem dos casos e o enfrentamento destas situações são desafiadores para profissionais de saúde, familiares e sociedade. O impacto social e econômico para a saúde decorrente deste transtorno é realmente impactante.

### **A consulta e o Processo de Enfermagem**

A consulta de enfermagem foi legalmente instituída pela Lei nº 7.498/1986 que regulamentou o Exercício da Enfermagem e estabeleceu esta atividade como privativa do enfermeiro. A partir de então, tem sido alvo de diversas portarias e resoluções de diferentes instâncias, inclusive do Conselho Federal de Enfermagem, como a Resolução COFEN/159 que estabelece a obrigatoriedade da realização da consulta de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde em instituição pública e privada e regulamenta as ações do enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos em programas e requisição de exames.

A ideia de processo de enfermagem surgiu entre os educadores dos Estados Unidos, na década de 1950, como um instrumento para guiar os estudantes na aprendizagem de habilidades de pensamento crítico necessárias para a prática de enfermagem (KENNEY, 1995; ROSSI; CASAGRANDE, 2001).

A partir dos trabalhos de Wanda de Aguiar Horta (1979), do final da década de 1960, que direcionaram a atenção dos enfermeiros brasileiros para a sistematização das ações de enfermagem, muito se tem discutido sobre as concepções, a aplicabilidade, os limites e os benefícios do processo de enfermagem no Brasil (CASAGRANDE, 2005).

Planejar significa antever, prever e principalmente estabelecer padrões de conduta, e planejar o autocuidado no seu dia a dia, requer conhecimento mínimo da sua condição de saúde, conhecer sua(s) doença(s), para que possam assim conhecer seus sintomas e o que é urgência ou não, monitorar seus sintomas ajudar a planejar adequadamente o autocuidado. Planejamento requer competência e conhecimento e o enfermeiro deverá na consulta de enfermagem direcionar esse planejamento, para que em seu domicílio fique mais fácil seguir o que foi planejado na consulta. A gestão do cuidado na prática envolve a sistematização da consulta de enfermagem e tem como foco a assistência individualizada, coletiva e com ajuda do familiar/cuidador. (COSTA JUNIOR, 2011).

A consulta de enfermagem para a clientela de idosos tem como objetivo identificar as suas reais necessidades e prestar assistência sistematizada, de forma global e ao mesmo tempo individualizada, identificando problemas de incapacidade funcional, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação, reabilitação ou manutenção de sua capacidade funcional nas atividades da vida diária, tendo como objetivo principal a promoção de sua independência funcional.

A realização da consulta envolve uma sequência sistematizada de ações: histórico de enfermagem e exame físico, diagnóstico de enfermagem, plano terapêutico ou prescrição de enfermagem, e avaliação no retorno à consulta e o instrumento de coleta de dados nortearia a consulta de enfermagem.

Com o aumento da expectativa de vida no país e no mundo, destaca-se que é de suma importância a realização de uma Consulta de Enfermagem mais direcionada ao idoso.

### 3. MÉTODOS

Segundo a orientação do método da Pesquisa Convergente Assistencial, o produto deste estudo refere-se a uma Tecnologia Convergente Assistencial do tipo Tecnologia de Concepção.

O produto em questão corresponde ao desenvolvimento de uma proposta de um instrumento de coleta de dados que será usado no gerenciamento da prática da consulta de enfermagem gerontológica.

O Núcleo Hospitalar de Geriatria e Gerontologia (NuHGG) iniciou suas atividades em novembro do ano de 2001, iniciativa do governador Antoni Garotinho cujo objetivo era atender a uma demanda reprimida das emergências de quatro hospitais estaduais do Rio de Janeiro, Hospital Estadual Getulio Vargas, Hospital Estadual Carlos Chagas, Hospital Estadual Pedro Segundo e Hospital Estadual Abert Schweitzer. Os pacientes idosos que recebem alta são encaminhados ao ambulatório de egresso, onde são avaliados em uma Triagem Funcional do Idoso (TFI) quando identificada uma ou mais fragilidades o idoso é encaminhado para a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). O paciente idoso atendido no NuHGG deve estar estável clinicamente, a primeira consulta é da enfermeira para identificação dos principais problemas, seguindo da consulta da assistente social para diagnóstico familiar e, seguida da consulta médica, retornando em um segundo momento para a consulta de enfermagem para, se necessário, encaminhar para outros profissionais do Programa.

A equipe do Núcleo é composta de duas enfermeiras, duas médicas, duas nutricionistas, uma psicóloga, duas assistentes sociais, uma terapeuta ocupacional, uma fisioterapeuta e uma fonoaudióloga.

Por se tratar de um estudo de cunho teórico não foi necessário submetê-lo para a apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

## 4. RESULTADOS

### O Instrumento

A construção do instrumento para consulta de Enfermagem foi elaborado a partir da avaliação do perfil epidemiológico e social da clientela do ambulatório deste estudo. A clientela da instituição é composta por idosos de egressos de internações no próprio hospital. Ao recebem a alta hospitalar os idosos são encaminhados ao ambulatório do NuHGG (Núcleo Hospitalar de Geriatria e Gerontologia).

A base para sustentação do instrumento foi o Modelo Bifocal da Prática Clínica de Carpenito. Trata-se de um modelo assistencial onde são descritos o DE (Diagnóstico de Enfermagem) e a PE (Prescrição de Enfermagem).

O modelo Bifocal da Prática Clínica de Carpenito trata-se de um modelo assistencial onde encontramos os D.E. ( Diagnóstico de Enfermagem) da NANDA-I. Consiste no reconhecimento de que há duas situações clínicas pelas quais o enfermeiro é responsável, ou seja, há duas situações que necessitam do cuidado da enfermagem: Diagnóstico de Enfermagem (DE) e Problema colaborativo (PC).

Os indivíduos são sistemas abertos interagindo continuamente com o ambiente, criando padrões individuais de interação. Esses padrões são dinâmicos e interagem com os processos vitais (fisiológicos, psicológicos, socioculturais, desenvolvimentistas e e espirituais) que influenciam os comportamentos e a saúde dos indivíduos (CARPENITO, 2005).

Porém para um correto DE e, conseqüentemente, uma PE eficaz é necessário que a etapa de coleta de dados seja eficiente, capaz de evidenciar informações que subsidiarão as etapas seguintes.

A coleta de dados é a parte da consulta onde o profissional deverá fazer o levantamento dos dados necessários à resolução dos problemas, essa ferramenta deverá ser capaz de colher o maior número de informação possível para que o enfermeiro possa fazer o diagnóstico e prescrever o cuidados de enfermagem (VEIGA, ANDRADE, 2011).

Os fatores que definem esse instrumento são:

- Em relação ao cliente: perfil epidemiológico e social; problemas; encontrados; objetivo (foco) da consulta; publico alvo (idoso e/ou cuidador).



Também é importante considerar o tempo da consulta, a disponibilidade do cliente para responder e os recursos disponíveis para a consulta.

O instrumento de coleta de dados foi estruturado com perguntas fechadas semi-abertas (APÊNDICE 1).

### **O conteúdo do Instrumento:**

*1- Identificação do Paciente:* Nome, idade, data da admissão, naturalidade, procedência, religião, nº de filhos, estado civil, grau de escolaridade, profissão.

*2- Admitido/consulta:* motivo (controle clínico, tratamento de patologia, cirurgia eletiva/urgência, esclarecer diagnóstico, internação e alta).

*3- Historia da Doença Atual:* descreva como iniciou descrevendo: queixas, evolução (continua, intermitente), características semiológicas dos sinais e sintomas, início (súbito, gradual), intensidade, fatores agravantes e associados, como está no momento?

*4- Historia Pgressa:* Alergias, patologias prévias (enxaqueca, AVC, TBC, HAS, DM, CA, cardiopatias entre outras), intervenção cirurgia, internações, traumatismo, acidentes, dependência química.

*.5-Historia Familiar:* Patologias prévias (enxaqueca, AVC, TBC, HAS, DM, CA, cardiopatias entre outras).

*6- Hábitos de Vida:* Dieta (hábitos alimentares, consumo de líquidos), etilismo, tabagismo, sono, repouso e conforto (satisfatório, insatisfatório). Higiene pessoal: banho, escovação de dentes (frequência). Eliminação fisiológica: fezes e urina (aspecto, frequência, volume, odor), atividade sexual, moradia, renda familiar.

As questões abertas permitem que os idosos façam um relato acerca de sua condição clínica: *“O que o senhor(a) poderia relatar sobre a sua vida, a doença, seu trabalho, tratamento e as complicações decorrente do mesmo”*.

### **A avaliação sobre o consumo de álcool e outras drogas**

Serão usadas questões para o paciente e para o familiar cuidador:

- Quantas vezes o(a) senhor(a) ingere bebida contendo álcool na semana?

- No(s) dia(s) que o(a) senhor(a) ingere bebida contendo álcool qual a quantidade aproximadamente?

### **A coleta**

Há alguns aspectos que devem ser observados com o objetivo de realizar uma coleta de informações satisfatória. O momento da coleta é uma oportunidade para definir os cuidados necessários ao paciente e ter o sucesso no cuidado.

Deve-se observar as seguintes recomendações: não deixar espaço em branco (se não possui aquela informação, fazer um traço no campo; Evitar a redundância e repetição das palavras; Evitar gerundismo; apenas descrever as informações sem analisá-las; Separar por pontos cada descrição de segmento (Alimentação, eliminações, outros); Evitar o uso da palavra normal (ela é imprecisa, o que pode ser normal para este paciente não será para outro); sempre que a informação requerer é importante descrever as suas características como aspecto, frequência, volume, odor; Não utilizar de siglas (somente as universalmente conhecidas); quando for característico da informação deve-se mensurar os dados informados (quantificar as medidas em copos, xícaras, colheres, gramas).

São muitas as dificuldades na área da psiquiatria enfrentadas para identificar o consumo de álcool e outras drogas entre idosos, especialmente devido a falta de instrumentos de avaliação dos casos. O tratamento desses pacientes deve ser uma prioridade no manejo clínico desse grupo vulnerável (HULSE, 2002).

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho resultou da minha inquietação profissional em relação a coleta de dados na consulta de enfermagem, onde me deparei com uma clientela específica de idosos com dependência de álcool e outras drogas e o instrumento utilizado na consulta não englobava especificamente esse assunto.

Sendo assim, este estudo demonstrou a necessidade de um instrumento mais específico, onde essa abordagem seja satisfatória para o idoso e sobre as particularidades do envelhecimento em nosso contexto social e, principalmente, no que diz respeito ao idoso que sofre da doença do alcoolismo e dependência a outras drogas.

Espera-se com a aplicação deste instrumento subsidiar de forma mais eficiente a abordagem a esse grupo, respeitando suas especificidades biopsicossociais e, fundamentalmente, qualificar a atenção à saúde nos âmbitos da promoção, proteção e recuperação.

## REFERÊNCIAS

BONARDI, Gislaine et al. Incapacidade funcional em idosos: um desafio para os profissionais de saúde. *Scientia Medica*. Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 138-144, jul./set. 2007.

BORGES, Ana Paula; COIMBRA, Angela Maria Castilho. Escola. ENSP/RJ. - Envelhecimento da Pessoa Idosa. EAD/ENSP/FIOCRUZ. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. 2005. Brasília.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social / Supervisão Técnica e Científica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte – SENAD. Responsáveis Técnicos Lísia Von Diemen, Silvia Chwartzmann Halpern e Flavio Pechansky - UFRGS. – Brasília : SENAD; 2012. 248

CHAIMOWICZ, Flávio. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. 1997. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 184-200.

Coleção Antropologia e Saúde: antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p.25-35.

COSTA JUNIOR, H. Gestão de Enfermagem para a Excelência do Cuidado. Disponível em: <http://saudeweb.com.br/blogs/gestao-de-enfermagem-para-a-excelencia-do-cuidado>. Acesso em 04 de maio de 2014.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRAS, Ronaldo. Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas. Porto Alegre. Artmed, 2011.

DUTHIE, Edmund H; KATZ, Paul R. Geriatria Prática. 3ª Edição. Revinter. 2002.

HULSE, Gary K. Alcohol, drugs and much more in later life . Rev. Bras. Psiquiatr. 2002, vol.24, suppl.1, pp. 34-41.

LUCE, Lilian Botelho Escobar. Alcoolismo na terceira idade – revisão de literatura. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Brumadinho, 2012. 32f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

MELLO, Marcelo Feijó; MELLO, Andrea de Abreu Feijó de; KOHN, Robert. Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MONTEIRO, Carlos Augusto. Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec, 1995.

OMS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

UCHÔA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. F. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M. C. S. (Org.).

VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Celia Pereira. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 423-432, out./dez. 2004.

## APENDICE 1 – Instrumento

### 1-Histórico de Enfermagem

Nome:	Data:	nasc.
Naturalidade:	Procedência:	idade
Sexo: F ( <input type="checkbox"/> ) M( <input type="checkbox"/> )	Estdo civil:	Raça:
Religião:	Praticante: ( <input type="checkbox"/> )sim ( <input type="checkbox"/> )não	
Grau escolaridade:	Profissão:	
Diagnostico Medico Atual		
Medicação de uso:		
Informante: ( <input type="checkbox"/> )Paciente ( <input type="checkbox"/> )Membro da Família ( <input type="checkbox"/> )Amigo ( <input type="checkbox"/> )Outros		

### **Necessidade de Saúde: Percepção e expectativas relacionadas à Doença**

Historia da Doença Atual (HDA):			
_____			
_____			
_____			
_____			
Historia Progressa (HP):			
1-( <input type="checkbox"/> )Alergia	2-( <input type="checkbox"/> )BK	3-( <input type="checkbox"/> )cardiopatias	-( <input type="checkbox"/> )DPOC
5-( <input type="checkbox"/> )DM	6-( <input type="checkbox"/> )AVC	7-( <input type="checkbox"/> )Câncer	8-( <input type="checkbox"/> )Dor
7-( <input type="checkbox"/> )Depressão	8-( <input type="checkbox"/> )demências	9-( <input type="checkbox"/> )cirurgias	10( <input type="checkbox"/> ) ortese
Internação Anterior: sim ( <input type="checkbox"/> ) não ( <input type="checkbox"/> )			
Onde/quando:			
Motivo(s) da internação:			
<b>Historia Familiar:</b>			
<b>Exame Físico: Peso:          Altura:          PA:          Pulso:          Resp.:</b>			
Orientação espaço temporal:			
Cabeça/pescoço:			
Tórax:			

MMSS:
Abdome:
MMII:

### **Necessidades Psicossociais**

<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Hábitos de Vida:</b></li> </ul>
Dependente Químico ( ) Sim ( ) Não
Etilismo: ( ) Social ( ) todos os dias ( ) Três vezes por semana ( ) Mais que três vezes por semana Tipo: _____ Quantidade: _____ Se mais de tr todos os dias fazer escala de AUDIT
Tabagista ( ) SIM ( ) Não N° de cigarros/dia: _____ Ex-tabagista há quanto tempo: _____
Uso de aparelho sensorial: ( ) óculos ( ) aparelho auditivo
Uso de prótese dentária: ( ) Sim ( ) Não ( ) superior ( ) inferior
Uso andador ( ) Bengala ( )

### **Necessidades Psicobiologias**

<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Cuidado Corporal:</b></li> </ul>
Higiene Corporal: Frequência/dia _____ ( ) satisfatória ( ) Insatisfatória
Higiene bucal: Frequência/dia _____ Uso de prótese dentária ( ) sim ( ) não
Habito de Sono, repouso e conforto: ( ) satisfeito ( ) insatisfeito
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Nutrição e Hidratação:</b></li> </ul>
Alimentação: ( ) Rica em frutas ( ) Rica em gordura ( ) Rica em carboidratos ( ) Rica em fibras ( ) Rica em proteína ( ) Rica em legumes e verduras
Hidratação: ( ) Água ( ) Suco Quantidade/Dia: _____

<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Eliminação Urinária:</b></li> </ul>
Aspecto: Cor ( ) incolor ( ) Amarelo pálido ( ) Amarelo -escuro ( ) Hematúria ( ) Colúria/bilirrubina ( ) Outros Qual?
Limpidez: ( ) Transparente ( ) Turva ( ) Leitosa

Odor: ( ) Amônia sui generis ( ) Fétido Quantidade/dia: _____
• <b>Eliminação intestinal:</b>
Hábito: Diário ( ) Sim ( ) Não
Cor: ( ) Amarela ( ) Marrom ( ) Melena ( ) Hematoquesia ( ) Outras Qual?
Consistência: ( ) Dura ( ) Líquida ( ) Modelada
• Atividade Sexual; ( ) Diminuição desejo
• Atividade Física: ( ) Recreação ( ) Três vezes/semana ( ) Mais de três vezes/semana Duração: _____
• Moradia: ( ) Própria ( ) Cedida ( ) Alugada
Energia elétrica: ( ) Sim ( ) Não
Água tratada: ( ) Sim ( ) Não
Coleta de lixo: ( ) Sim ( ) Não
Quantos Residem na casa? _____ Quantos trabalham? _____

O que o(a) senhor(a) poderia relatar sobre a sua vida, a doença, seu trabalho, tratamento e as complicações decorrente do mesmo.

---



---



---



---



---



---



---

Quantas vezes o(a) senhor(a) ingere bebida contendo álcool na semana?

---



---

No(s) dia(s) que o(a) senhor(a) ingere bebida contendo álcool qual a quantidade aproximadamente?

---



---