



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS
EM ENFERMAGEM E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

BRUNA KAREN CAVALCANTE FERNANDES

**DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM DA CIPE® IDENTIFICADOS
EM PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS**

**FORTALEZA - CEARÁ
2017**

BRUNA KAREN CAVALCANTE FERNANDES

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM DA CIPE® IDENTIFICADOS
EM PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará como requisito para obtenção do título de mestre.

Área de Concentração: Fundamentos e Práticas do Cuidado Clínico em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Maria Célia de Freitas

FORTALEZA - CEARÁ
2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Fernandes, Bruna Karen Cavalcante.

Diagnósticos/resultados de enfermagem da cipe®
identificados em pessoas idosas institucionalizadas
[recurso eletrônico] / Bruna Karen Cavalcante
Fernandes. - 2017 .

1 CD-ROM: il.; 4 ½ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
trabalho acadêmico com 99 folhas, acondicionado em
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade
Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em
Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2017 .

Área de concentração: fundamentos e Práticas do
Cuidado Clínico em Enfermagem e Saúde.

Orientação: Prof.ª Dra. Maria Célia de Freitas.

1. Enfermagem. 2. Idosoerminologia. 3.
Terminologia. 4. Classificação. 5. Instituição de
longa permanência para idosos. I. Título.

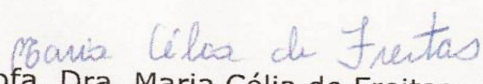
BRUNA KAREN CAVALCANTE FERNANDES

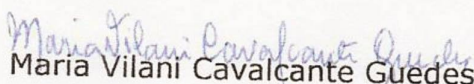
DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM DA CIPE® IDENTIFICADOS
EM PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

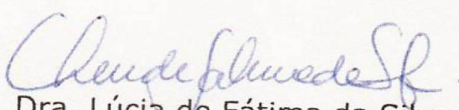
Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em
Enfermagem e Saúde, da Universidade
Estadual do Ceará como requisito para
obtenção do título de mestre.

Aprovada em: 10 de janeiro de 2017

BANCA EXAMINADORA:


Profa. Dra. Maria Célia de Freitas - UECE
(Orientadora e Presidente)


Profa. Dra. Maria Vilani Cavalcante Guedes - UECE
(1º membro)


Profa. Dra. Lúcia de Fátima da Silva - UECE
(2º membro)

Dedico este trabalho a todos os idosos residentes em Instituições de Longa Permanência. Que os resultados aqui alcançados possam contribuir de alguma forma para refletir em melhorias na qualidade de vida de vocês.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, a fortaleza que tora possível o impossível e que sempre iluminou os meus passos durante esta caminhada.

À minha mãe, pois sem seus sacrifícios e empenho por fornecer uma educação de qualidade a mim esse sonho talvez não fosse possível.

À minha avó que é minha fonte de inspiração para aprimorar os cuidados aos idosos.

A todos os meus familiares por acreditarem nos meus sonhos junto comigo.

À minha orientadora, professora Dra. Maria Célia de Freitas, que desde o início de minha trajetória acadêmica sempre se mostrou disposta a dividir seu conhecimento, oferecendo oportunidades de crescimento pessoal e profissional.

À minha estimada colega Cintia Lira Borges, pela grandiosa ajuda, carinho e incentivo para a conclusão deste projeto.

À professora Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega, pelo carinho e compartilhamento de valiosos saberes do mundo das classificações de enfermagem.

Às professoras Dra. Lúcia de Fátima da Silva e Dra. Maria Vilani Cavalcante Guedes, por aceitarem participar da banca examinadora e pela valiosa contribuição oferecida na avaliação desta pesquisa e estarem presente em toda minha trajetória na graduação e na pós graduação.

Às amigas do GRUPEESS, especialmente da Linha de Pesquisa Cuidado Clínico de Enfermagem ao Idoso e Prática Educativa, pelo crescimento coletivo que alcançamos nesse período.

Às minhas maravilhosas e eternas amigas Mairli Pontes Araújo, Flávia Liliane Holanda Almeida, Rosalyna Alves Limeira Fernandes Oliveira, Vitória Régia, Karol Taú e aos amigos Marcelo Matos Camurça e Igor Alcoforado; por me apoiarem em minhas escolhas e sempre vibrarem com minhas conquistas.

Às eternas amigas que a UECE me deu e que me ajudaram em toda a minha formação: Adna Cynthia Muniz Ribeiro, Francisca Tereza de Galiza e Jéssica de Menezes Nogueira.

A todos que direto ou indiretamente contribuíram para a conclusão de mais uma etapa da minha vida.

A todos vocês muito obrigada!

RESUMO

Recomenda-se que o cuidado de enfermagem ao idoso institucionalizado deva ser realizado por meio de ações sistematizadas utilizando o processo de enfermagem, direcionando as ações de cuidado às necessidades afetadas com respaldo teórico e uso de sistemas de classificação. Objetivou-se identificar as demandas de necessidades fundamentais da pessoa idosa institucionalizada, segundo Virginia Henderson e elaborar enunciados de Diagnósticos/Resultados de enfermagem da CIPE® para pessoas idosas institucionalizadas. Trata-se de um estudo descritivo, fundamentado na CIPE® versão 2015 e na teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson, realizado em uma ILPI do município de Fortaleza-Ceará, no período de abril a setembro de 2016 com 203 idosos. O estudo foi delineado em duas etapas: Identificação das demandas de necessidades humanas fundamentais dos idosos residentes na ILPI e Elaboração dos enunciados de Diagnósticos/Resultados de enfermagem. Os dados foram analisados nos softwares SPSS versão 20.0 e Stata versão 6.0. O projeto da pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil do Ministério da Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob o protocolo de nº. 1.600.818 e CAAE 54617616.6.0000.5534. Identificou-se que a necessidade com maior demanda foi a de *Mover-se e manter uma boa postura*, a qual esteve presente em 177 (87,2%) idosos e somou 403 diagnósticos (16,2%). Elaboraram-se 286 enunciados de Diagnósticos/Resultados: 207 no Componente biológico/fisiológico, 45 no Componente psicológico, 32 no Componente social e 2 no Componente espiritual/moral. Conclui-se, portanto, que a prática de sistematizar as ações de cuidado de enfermagem para a pessoa idosa institucionalizada é possível nos ambientes de instituição de longa permanência e deve ser estimulada.

Palavras-chave: Enfermagem. Idoso. Terminologia. Classificação. Instituição de longa permanência para idosos.

ABSTRACT

It is recommended that nursing care for the institutionalized elderly should be performed through systematized actions using the nursing process, directing the care actions to the affected needs with theoretical support and use of classification systems. The aim of this study was to identify the basic needs of the institutionalized elderly person according to Virginia Henderson and to elaborate Nursing Diagnostics / Results from CIPE® for institutionalized elderly people. This is a descriptive study, based on the CIPE® version 2015 and on the Human Needs Fundamentals of Virginia Henderson, carried out in an ILPI of the municipality of Fortaleza-Ceará, from April to September 2016 with 203 elderly people. The study was delineated in two stages: Identification of the demands of fundamental human needs of the elderly living in the ILPI and Elaboration of the statements of Diagnosis / Results of nursing. The data were analyzed in software SPSS version 20.0 and Stata version 6.0. The research project was registered in the Brazil Platform of the Ministry of Health and approved by the Ethics and Research Committee, under protocol no. 1,600,818 and CAAE 54617616.6.0000.5534. It was identified that the need with the greatest demand was to move and maintain a good posture, which was present in 177 (87.2%) elderly and 403 diagnoses (16.2%). 286 Diagnostic / Results statements were elaborated: 207 in the biological / physiological component, 45 in the psychological component, 32 in the social component and 2 in the spiritual / moral component. It is concluded, therefore, that the practice of systematizing nursing care actions for the institutionalized elderly person is possible in long-term institution settings and should be stimulated.

Keywords: Nursing. Elderly. Terminology. Classification. Institution of long stay for the elderly.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 -	Perfil dos idosos institucionalizados. Fortaleza, CE, 2016.....	41
Tabela 2 -	Perfil de necessidades e total de diagnósticos de enfermagem encontrados em cada necessidade. Fortaleza, CE, 2016.....	42
Tabela 3 -	Identificação das associações entre as necessidades e as variáveis independentes. Fortaleza, CE, 2016.....	43
Tabela 4 -	Identificação das associações entre grau de dependência e demanda de necessidades. Fortaleza, CE, 2016.....	46
 Quadro 1 -	 Distribuição dos enunciados de Diagnósticos/Resultados enfermagem da CIPE® organizados por componentes de cuidado. Fortaleza, CE, 2016.....	 47

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVD	Atividade de Vida Diária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
ISSO	Organização Internacional para Padronização
PE	Processo de Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
STE	Setor de Tratamento Especial
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UECE	Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	20
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3.1	A PESSOA IDOSA NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA.....	21
3.2	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA.....	25
3.3	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE®): TERMINOLOGIA PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	28
3.4	A TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A ENFERMAGEM.....	32
4	MÉTODO.....	36
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	36
4.2	CENÁRIO E PERÍODO DO ESTUDO.....	36
4.3	POPULAÇÃO/AMOSTRA.....	38
4.4	ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS.....	38
4.4.1	1ª Etapa: Identificação das demandas de necessidades humanas fundamentais dos idosos residentes na ILPI.....	39
4.4.2	2ª Etapa: Elaboração dos enunciados de Diagnósticos/Resultados de enfermagem.....	40
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	41
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	41
5	RESULTADOS.....	42
6	DISCUSSÃO.....	55
6.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	55
6.2	NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS E OS DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM.....	59

7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
	REFERÊNCIAS.....	78
	APÊNDICES.....	87
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS.....	88
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	94
	ANEXO.....	95
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO.....	96

1 INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma profissão da saúde que ao longo de sua história tem se fortalecido como um saber científico e linguagem própria e específica para o cuidado, cujo foco principal é a atenção integral ao ser humano no contexto do processo saúde-doença. Assume, pois, papel fundamental para a manutenção do ciclo de vida humano, contemplando as necessidades de saúde dos indivíduos nas diferentes fases da vida, com vistas a promover um desenvolvimento pleno e saudável.

Quando se pensa o cuidado humano, reflete-se sobre a necessidade de implementar um cuidado integral durante todo seu ciclo vital, considerando o homem como sujeito histórico, social e político, e não apenas biológico. Dessa forma, salienta-se que a população idosa é a que mais cresce atualmente no Brasil e, Ainda que o envelhecimento populacional seja consequência pertinente do processo de desenvolvimento, na realidade brasileira, o aumento da expectativa de vida não foi acompanhado pela imprescindível qualidade de vida, suscitando a uma prole de idosos com severos prognósticos de saúde, também no âmbito social, financeiro e afetivo (CAMARANO; KANSO, 2010).

Considerando as projeções demográficas para o ano de 2026 que indicam que a população de idosos será de 32 milhões de indivíduos com idade acima dos 60 anos, representando 15% da população brasileira, estudo descreve que um dos desafios para o Brasil estará relacionado aos cuidados de enfermagem para os idosos residentes em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Haverá a necessidade de formação e qualificação profissional para atuar com a pessoa idosa; investimentos nas condições de trabalho e contratação de mais pessoal. Um dos requisitos de se pensar o cuidado nas ILPIs é conhecer o processo de envelhecimento, determinando ações que possam atender integralmente as necessidades expressas e não expressas do idoso, resguardando, ao máximo, os princípios de autonomia e independência (SILVA; SANTOS, 2010).

Neste momento de transformações populacionais, o cuidado ao ser humano também requer mudanças, especialmente nas ações dirigidas às pessoas idosas, as quais exigem uma compreensão das alterações oriundas do processo de

envelhecimento. Ademais, o cuidado a pessoa idosa deve ser de responsabilidade da família, do Estado e da sociedade.

Na família, em especial, local de afeto entre as pessoas, alguns não se prepararam para esse exercício, a ponto de acontecerem ações de maus tratos e abandono. Segundo Machado e Queiroz (2006), o abandono é uma das circunstâncias de vulnerabilidade social experimentada pelo idoso, que acontece não só pelo afastamento ou rompimento dos laços familiares, mas por todo tipo de desamparo ou omissão por parte da família, da comunidade e do Estado.

Como consequência desses fatos, surgiram ILPIs, que no passado tinham nomes que se aproximavam da ideia de família como os lares, contudo, as que acolhiam idosos vítimas da exclusão familiar e social, eram chamadas de asilo, encarregados de amparar e prestar cuidados a esses idosos.

Atualmente, essas instituições têm como funções principais, acolher idosos de diferentes classes sociais e condições de saúde, proporcionando assistência gerontogeriátrica de acordo com a necessidade de seus idosos, integrando um método sequenciado de cuidados. Desse modo, nota-se que o cuidado pode ter vários sentidos, atentando para as diversas necessidades e divergências decorrentes do contexto, tanto no ambiente familiar quanto no ambiente institucional (BORN; BOECHAT, 2006).

Dados apontam que uma pequena parte da população brasileira vive nessa modalidade de caráter residencial, com a representatividade de apenas 1% da população. Fato este, possivelmente, devido à precarização em números dessa rede de apoio social e a estereotipação cultural dessa forma de moradia. Contudo, acredita-se que, futuramente, ocorrerá um maior incremento na população de idosos institucionalizados (CAMARANO; KANSO, 2010). No estado do Ceará existem 28 ILPIs, estando 8 localizadas na capital Fortaleza, destas apenas uma é mantida pelo Estado (CEDI, 2014).

Nesse cenário institucional, os enfermeiros prestam cuidados integrais aos idosos tendo em vista a identificação e satisfação das necessidades apresentadas por eles. Para tanto, devem prestar um cuidado qualificado, humanizado e sistemático,

com a utilização de classificações, de forma a facilitar e otimizar o processo de cuidar (VALCARENG, 2009).

Para que essa assistência seja efetiva se faz necessário a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), por meio da implementação do Processo de Enfermagem (PE) que utilize um sistema de classificação universal, pautado em teorias de enfermagem e conceitos pertinentes ao cuidado individualizado (SILVA; SANTOS, 2010).

Dentre os sistemas de classificação desenvolvidos destaca-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), como instrumento de informação para descrever os elementos da prática clínica de enfermagem (diagnósticos, resultados e intervenções), prover dados que identifiquem a contribuição da enfermagem no cuidado em saúde, promover mudanças na prática de enfermagem por meio da educação, administração e pesquisa (CIE, 2011).

Dessa forma, a utilização da CIPE[®] é essencial na elaboração de enunciados específicos, que venham a subsidiar a proposta de um cuidado de enfermagem ao idoso institucionalizado. Esta teve o marco inicial em 1989 e classifica-se como terminologia enumerativa, a qual se apresenta como instrumento de infraestrutura e de linguagem universal, que possibilita a concretização dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2013).

O uso desse sistema de classificação na prática clínica do enfermeiro viabiliza a organização do cuidado clínico da profissão e o avanço científico, tecnológico e inovador da profissão ao possibilitar o desenvolvimento de uma prática direcionada a áreas específicas do cuidado em enfermagem, a exemplo, ao idoso institucionalizado.

Dito isso, a utilização de um referencial teórico é essencial para fundamentar a prática do enfermeiro, pois a utilização das teorias de enfermagem proporciona ao enfermeiro conhecimentos necessários para aperfeiçoar sua prática. Portanto, sua capacidade aumenta pelo conhecimento teórico, possibilitando autonomia profissional a partir de um ponto de referência que sustenta tanto a formação quanto o exercício profissional e a produção de novos conhecimentos para a profissão (SANTOS; SARAT, 2008).

Dentre as diversas teorias existentes, o modelo teórico de Virginia Henderson destaca-se como um marco histórico de referência para a prática clínica de enfermagem. Essa teórica descreve a Enfermagem como parte de uma equipe de saúde interdisciplinar, que utiliza conhecimentos científicos na solução de problemas de sua prática e baseia suas ações para um cuidado individualizado e humano. Defende que a pessoa tem 14 necessidades fundamentais comuns a qualquer ser humano, cuja satisfação é alcançada a partir de uma visão integral que contempla os aspectos biológicos, psicológicos, socioculturais e espirituais (HENDERSON, 1958).

As necessidades descritas por Henderson não representam problemas de saúde, mas sim sistemas corporais em que estes problemas podem ocorrer, constituindo-se em elementos que guiarão os cuidados de enfermagem, quais sejam: respirar normalmente, comer e beber adequadamente, eliminar os resíduos orgânicos, mover-se e manter uma postura desejável, dormir e descansar, vestir-se e despir-se, manter temperatura corporal em nível normal, manter corpo limpo e proteger tegumentos, evitar os perigos ambientais, comunicar-se, aprender, praticar de acordo com sua fé, proporcionar sentido de realização e participar de atividades recreativas (HENDERSON, 1958; 2006).

A partir da identificação das demandas de necessidades, compete ao enfermeiro buscar estratégias que auxiliem o indivíduo na recuperação de sua saúde ou na realização de atividades, que exercia antes de adoecer, possibilitando que este sujeito adquira o mais rapidamente possível a sua autonomia e independência (HENDERSON, 1958; 2006).

Trata-se de uma teoria que valoriza a responsabilidade da enfermeira na identificação das demandas de necessidades dos idosos, sustentando que para isso ela necessita se colocar no lugar do idoso, como que se vestisse a sua pele. Salienta-se que essa responsabilidade pelo outro exige o movimento da enfermeira na transcendência da sensibilidade para a objetividade e universalidade. Assim, a responsabilidade não surge de uma obrigação que parte dela, nem é uma qualidade sua. Ser responsável pelo outro é entender que ninguém mais pode fazer aquilo que só ela deve fazer (ALMEIDA, 2014).

Nesse contexto, portanto, o cuidar do enfermeiro, centrado na assistência integral à saúde da pessoa idosa, precisa centrar-se nas necessidades humanas fundamentais dos idosos, sendo suas demandas identificadas na avaliação clínica da pessoa idosa. A partir do julgamento dessas demandas, podem-se raciocinar clinicamente os Diagnósticos/Resultados de enfermagem para a pessoa idosa institucionalizada, considerando, as respostas à condição de saúde e adoecimento.

Mediante o explicitado, considera-se o modelo teórico proposto por Henderson como facilitador do cuidado clínico de enfermagem à pessoa idosa, uma vez que favorece modos de avaliar o ser humano em sua integralidade. No caso do idoso, pensam-se estratégias de manutenção, recuperação e reabilitação da saúde e habilidades do mesmo em satisfazer as suas necessidades, visando sua autonomia e independência.

Colabora, ainda, na organização do pensamento crítico do enfermeiro, possibilitando um cuidado sistematizado, fundamentado em conhecimento científico, considerando as demandas relacionadas às necessidades fundamentais do idoso, numa perspectiva integral e humanizada.

Acredita-se que o cuidado de enfermagem prestado ao idoso com base no referencial teórico de Henderson e no uso do sistema de classificação CIPE[®], possibilita ações de pensar e refletir, favorece caminhos que valorizem a prática do enfermeiro no contexto das ILPIs e permite aprofundar conhecimentos quanto às alterações peculiares do envelhecimento, com base nas tecnologias próprias da enfermagem.

Assim, diante de inquietações referentes a tal cuidado e de experiências no campo de prática e de pesquisa, emergiram os seguintes questionamentos:

- Quais as demandas de necessidades humanas fundamentais da pessoa idosa institucionalizada, segundo Virginia Henderson?

- Quais enunciados de Diagnóstico/Resultado de enfermagem da CIPE[®] podem ser elaborados a partir das necessidades humanas fundamentais identificadas?

Estudo apresenta que a construção de enunciados de Diagnósticos/Resultados é uma tarefa complexa para o enfermeiro. Porém, são perceptíveis os benefícios desta prática, uma vez que oferta o respaldo científico e

documental das ações do enfermeiro, bem como, a visibilidade da Enfermagem diante de outras profissões (NOGUEIRA, 2014).

Diante desse contexto, despertou-se para a necessidade do enfermeiro contribuir para o avanço e melhoria da prática clínica do enfermeiro à pessoa idosa institucionalizada, com vistas a fortalecê-la e propor a esses indivíduos um cuidado de enfermagem pautado em conhecimentos científicos e autônoma, a qual assegura uma melhor condição de saúde na perspectiva de um envelhecimento saudável.

Destaca-se que o interesse em desenvolver esta pesquisa surgiu decorrente de uma trajetória acadêmica voltada para atividades relacionadas com o cuidado clínico de enfermagem ao idoso. Esse interesse se fortaleceu devido à participação no Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade (GRUPEESS) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), na Linha de Pesquisa Cuidados Clínicos ao Idoso, Processos de Enfermagem e Práticas Educativas, atividades desenvolvidas como bolsista da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) e atividades de extensão.

Acrescido a isso, a realização de um intercâmbio estudantil em Portugal contribuiu positivamente para o despertar desse estudo, pois lá se deparou com a disseminação do uso da linguagem CIPE[®] em associação à teórica Virgínia Henderson e do interesse dos profissionais em se utilizar desta taxonomia devido aos benefícios no cuidado aos pacientes e reforço da identidade profissional oriundos de seu uso.

Durante a graduação, foram desenvolvidos trabalhos científicos relacionados ao uso da CIPE[®] no cuidado de enfermagem ao idoso, o que possibilitou o levantamento de outros questionamentos ao término desses estudos e assim a necessidade de novos estudos.

Além disso, observa-se que o cuidado de enfermagem nas ILPIs em relação à utilização do PE embasado em uma teoria é pouco ou muitas vezes, não utilizado na assistência à pessoa idosa institucionalizada. Esse fato é perceptível nas experiências significativas da vivência acadêmica e como enfermeira. Porém, tem-se que a ausência ou a escassez de um método organizacional resulta em um cuidado frágil e sem continuidade, que pode comprometer a saúde do idoso institucionalizado.

Para tanto, em virtude do incremento das redes de apoio social, em que se observa a presença migratória dos idosos para as ILPIs, sendo esses indivíduos, em sua maioria, investidos de limitações da capacidade funcional, este estudo trará significativa contribuição social. Justifica-se pela intenção de propor ao idoso institucionalizado uma assistência de enfermagem solidificada em conhecimentos científicos e autônoma, a qual assegura uma melhor condição de saúde na perspectiva de um envelhecimento saudável.

O estudo se justifica, ainda, pela lacuna de conhecimento existente na produção científica envolvendo o cuidado de enfermagem ao idoso institucionalizado fundamentado na teoria de Virginia Henderson e utilizando o sistema de classificação da CIPE® ainda é insipiente. Ao buscar artigos que abordassem essa temática, utilizando descritores controlados e não controlados na Biblioteca Virtual em Saúde, foram encontrados os seguintes números: “Virginia Henderson” encontrou-se 134 estudos, destes 22 realizados com idosos; “Diagnóstico de Enfermagem” and “Instituição de Longa Permanência para Idosos” encontrou-se 193 estudos, destes nenhum utilizou a linguagem diagnóstica CIPE® e “Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem” encontrou-se 143 estudos, destes apenas oito foram direcionados para idosos.

Portanto, evidenciou-se uma lacuna de conhecimento acerca dessa temática, justificando a importância da realização de estudos que utilizem a teoria de Henderson e a CIPE® direcionados ao cuidado de enfermagem ao idoso institucionalizado, com vistas a difundir o uso de ambos entre os enfermeiros.

A realização deste estudo revela-se com possibilidades de melhoria dos cuidados de enfermagem ao idoso institucionalizado, tendo em vista a importância da aplicação do PE por meio do uso de uma linguagem diagnóstica internacional e própria da profissão, fundamentada no modelo teórico de Virgínia Henderson.

Servirá, ainda, como forma de divulgar a linguagem diagnóstica CIPE®, bem como o modelo teórico de Virginia Henderson, para os enfermeiros da ILPI, visto que seu uso ainda é insipiente nesse cenário, possibilitando ações de enfermagem pautadas na literatura pertinente que o guie a exercer seu papel de modo dinâmico,

organizado e subsidiado por conceitos e teorias da enfermagem, contribuindo assim para que o cuidado seja pensado consoante às necessidades dos idosos.

Portanto, o estudo destaca-se pela relevância em identificar as demandas de necessidades dos idosos institucionalizados e elaborar os enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem para esse extrato populacional, como forma de melhorar o cuidado clínico de enfermagem dirigido à pessoa idosa institucionalizada.

Observa-se que o cuidado sistematizado de enfermagem em ILPIs ainda é incipiente, e, por esse motivo, pode decorrer em ações não direcionadas às reais necessidades de cuidado, comprometendo o alcance de uma assistência com qualidade (GULER, 2012).

Nesse sentido, é possível que este estudo venha romper paradigmas do modelo hospitalocêntrico, de uma assistência fragmentada visualizada apenas no foco da doença, e traga uma proposta integradora, humanizada e individualizada para o cuidado de enfermagem com o idoso institucionalizado frente à heterogeneidade e complexidade do envelhecimento humano e da institucionalização que tanto influenciam em suas necessidades humanas fundamentais.

2 OBJETIVOS

- ✓ Identificar as demandas de necessidades fundamentais da pessoa idosa institucionalizada, segundo Virginia Henderson.
- ✓ Elaborar enunciados de Diagnósticos/Resultados de enfermagem da CIPE® para pessoas idosas institucionalizadas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo contemplará a revisão de literatura pertinente ao objeto de estudo para a compreensão da temática que versa sobre: A pessoa idosa nas Instituições de Longa Permanência para Idosos: retrato brasileiro, Sistematização da Assistência de Enfermagem ao idoso institucionalizado, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: terminologia para o cuidado de enfermagem e por fim a Teoria de Virginia Henderson e sua contribuição para a enfermagem.

3.1 A PESSOA IDOSA NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: RETRATO BRASILEIRO

Atualmente, envelhecer deixou de ser apenas uma expectativa e passou a ser uma realidade para a maioria das sociedades. No Brasil, o processo de envelhecimento eclodiu abruptamente e encontra-se em constante progressão, com reflexo nas pirâmides etárias da população. Além disso, observa-se no Censo Brasileiro de 2010 que os idosos já apresentam uma representatividade de 7,4% da população total de indivíduos, e, destes, estima-se que 95,2 mil são institucionalizados (CAMARANO; KANSO, 2010; BRASIL, 2011).

O processo de envelhecimento é envolto, além das características demográficas, pelas biológicas de senescência e de senilidade. O envelhecimento primário, também chamado de normal ou senescente, se refere a um fenômeno comum a qualquer indivíduo pós-reprodutivo com interferências genéticas, sendo um mecanismo cumulativo e em fases, o qual resulta da diminuição de se adaptar ao meio. Já o envelhecimento secundário, que também é denominado de patológico ou senilidade, inclui algumas doenças comuns nesse período de vida dos idosos, que se manifesta juntamente com os indicadores naturais do envelhecimento, acelera essa etapa de vida e diminui a capacidade de funcionalidade e de sobrevivência (NERI, 2008).

Contudo, o processo de envelhecimento em sua complexa evolução, seja ela fisiológica ou patológica, quando descuidado, se faz propício ao aparecimento das

síndromes geriátricas, as quais muitas vezes são erroneamente interpretadas como inerentes ao envelhecimento natural (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

Observa-se também, que com as mudanças demográficas do envelhecimento, os padrões familiares estão sendo alterados e caracterizados por famílias nucleares, pelo ingresso das mulheres no mercado de trabalho e pelos conflitos inter-geracionais, que geram uma nova síndrome geriátrica, a insuficiência familiar (MORAES; MARINO, SANTOS, 2010). Esse é um dos fatores que condiciona o processo de institucionalização da pessoa idosa.

Dessa maneira, ainda que as leis incubam os familiares de serem os responsáveis pelo cuidado de seus idosos, assim como o estado, essa incumbência sofre mudanças, gerando possibilidades de cuidado não desenvolvido por familiares, e sim pelas ILPIs.

Portanto, as ILPIs, de custeio privado ou público, surgem como uma alternativa de cuidado não domiciliar (BRASIL, 2005). O Estatuto do Idoso Brasileiro propõe que as formas de habitação não familiar, como as ILPIs, devem ser uma alternativa à falta de condições familiar, abandono ou ausência dos familiares, e essa forma de habitação tem que prestar um cuidado integral e pautado nas necessidades da pessoa idosa (BRASIL, 2004).

Assim sendo, as ILPIs são definidas como estabelecimentos para atendimento integral institucional, cujo público alvo são as pessoas com 60 anos e mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio. Estas instituições devem proporcionar serviços nas áreas sociais, médicas, de psicologia, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia e em outras áreas, conforme necessidades deste segmento etário (SBGG, 2003).

Como toda mudança carece de consequências positivas ou negativas, o mesmo acontece com o fenômeno da institucionalização do idoso. Vale ressaltar que, sem sombra de dúvidas, a adaptação à nova rotina confere a principal e fundamental mudança, uma vez que por mais consciente que seja o idoso com a ideia da institucionalização, ele é um ser que possui seus costumes e rotinas, assim como

também representa papéis específicos na sociedade: pai/mãe, avô/avó (PIZARRO, 2004).

Percebe-se que a institucionalização, apesar das características positivas de acolhimento dos idosos, é indutora da ociosidade e da segregação intergeracional, ocasionando problemas de limitações e agravos à saúde dos moradores (JESUS, 2010).

Essas instituições devem estar atentas, pois os idosos, ao chegarem a esses ambientes, estão intrínsecos de uma “cultura aparente”, que deriva do ambiente familiar e confrontam com novas rotinas. Acredita-se que esses ambientes são provedores da desfiguração pessoal, ou seja, o indivíduo é despido de sua aparência usual, ao sofrer a mutilação do eu e o acultramento (GOFFMAN, 2001).

A literatura pertinente sobre a institucionalização de idosos ainda hoje é vista de maneira delicada, não sendo bem aceito pela sociedade. No entanto, essa condição de moradia apresenta-se relevante na atual sociedade e como alternativa de suporte social (CAMARANO; KANSO, 2010).

Esses ambientes de convívio coletivo devem resguardar atributos de um domicílio, e não despir a pessoa idosa de suas características pessoais e peculiares com a uniformização e as regras de convivência, e sim, reconhecendo a heterogeneidade do indivíduo que envelhece (SILVA; SANTOS, 2010).

Porém, nas ILPIs brasileiras, observa-se a existência de padrão para a aceitação do idoso que será institucionalizado, sendo comum a compatibilidade das regras organizacionais e a despersonalização da pessoa idosa. Percebe-se que, nas ILPIs, o cuidado com os idosos por vezes são desenvolvidos por profissionais com pouca qualificação (SANTOS, 2010; CREUTZBERG, 2011).

Esses ambientes de suporte social são percebidos, pelo idoso que reside de maneira singular. Alguns relatam aceitar as mudanças de ambiente domiciliar para o ambiente desconhecido, como alternativa de uma melhor atenção à saúde, e conseguem reconhecer e acolher o novo lar. Outros sentem a ausência do suporte familiar e encaram a institucionalização com uma aceitabilidade mascarada à nova sugestão de vida (CARLI, 2012).

Estudos revelam que as Atividades de Vida Diária (AVD) são comprometidas no processo de institucionalização, principalmente as atividades instrumentais, que resulta no maior grau de dependência dos idosos e na ociosidade (POLARO, 2012).

O cuidado ao idoso prestado pelas ILPIs exige a necessidade de uma assistência regulamentada, que possibilite aos idosos institucionalizados mais segurança e cidadania. Em 1989, entrou em vigor a Portaria N° 810/GM do Ministério da Saúde, que aprova normas e os padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional (BRASIL, 1989).

No ano de 2005, entrou em vigor a Resolução da Diretoria Colegiada/Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) N° 283, com intuito de reduzir e prevenir os riscos à saúde dos idosos institucionalizados, definindo critérios mínimos de funcionamento das instituições e considerando a necessidade de qualificação dos serviços públicos e privados (BRASIL, 2005).

Dessa forma, entende-se que as ILPIs são dotadas de responsabilidades para ofertar um cuidado digno à pessoa idosa institucionalizada, entre essas: a responsabilidade de ter uma infraestrutura adequada, um gerenciamento com qualidade, recursos humanos e materiais satisfatórios, o cumprimento da legislação e que tenham uma equipe multiprofissional habilitada. Sendo imprescindível, assim, a presença do profissional enfermeiro na identificação e suprimento das necessidades humanas fundamentais dos idosos para que o cuidado seja planejado e implementado (CREUTZBERG, 2008).

Ressalta-se, portanto, a necessidade de uma prestação de serviços humanizados e especializados na saúde, nas políticas sociais e na legalização dos direitos de cidadãos, que possam garantir uma velhice tranquila, com a manutenção da capacidade funcional e da autonomia dos idosos residentes em ILPIs.

3.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA

O enfermeiro das ILPIs desempenham atividades, como: assistência à saúde por meio das consultas de enfermagem; providências de medicamentos e materiais necessários ao residente; elaboração e implementação do prontuário ao admitir os idosos; e, supervisão da equipe de enfermagem. Além dessas, pode realizar atividades de ensino e pesquisa, proporcionando uma prática profissional mais eficaz e educativa (SANTOS, 2008).

Sugere-se que o cuidar de enfermagem ao idoso institucionalizado seja realizado por meio da utilização de um pensamento crítico capaz de fomentar uma sistematização da assistência pautada na lógica do PE adequada e de atender as especificidades dessa clientela. A SAE surge, então, como uma alternativa na elaboração de um cuidado de excelência ao idoso que reside em uma ILPI (LOPES, 2007).

Dentro do contexto clínico do PE torna-se necessário a compreensão da dinâmica da SAE. Esta é definida como sendo a organização do cuidado profissional da enfermagem, quanto ao método, pessoal e instrumentos, de modo a viabilizar a realização deste, buscando pôr em prática as etapas inter-relacionadas do PE. Sendo este pautado num método científico, direcionado ao sujeito desse cuidado a pessoa, família ou comunidade, visando melhorar sua qualidade de vida ou lhes proporcionar uma morte com dignidade quando a cura ou a recuperação não for mais possível e a vida estabelecer os seus limites (LEOPARDI, 2006).

Destaca-se que a SAE deve ser desenvolvida em todos os ambientes em que a Enfermagem desempenha o cuidar (COFEN, 2009). Além do mais, deve ocorrer não apenas com o intuito de um cuidado individual e integral do idoso, mas, também, para promover uma inter-relação enfermeiro-paciente com um melhor domínio das necessidades e das capacidades, norteadas as ações diárias, para propor ao idoso a manutenção da funcionalidade e melhor integração nesses ambientes.

A SAE é compreendida como um método organizacional pessoal e instrumental nas organizações de trabalho da enfermagem e, por meio do PE, torna-se

viável o norteamento das ações de cuidado e o registro documental das atividades desempenhadas (RAMALHO, 2012).

No tocante ao PE, este se constitui na focalização do cuidado do profissional de enfermagem baseando-se na complexidade de suas ações no âmbito do trabalho de sua equipe, a qual tem como objetivo a satisfação em todos os níveis de necessidade em saúde do paciente, família ou comunidade. É de fundamental importância o reconhecimento de uma possível alteração das necessidades de saúde, constituindo-se assim o elo inicial de todo o planejamento, intervenção e avaliação dos resultados (LEOPARDI, 2006). A formulação do PE baseia-se em cinco etapas inter-relacionadas: coleta de dados, diagnósticos, planejamento, implementação e por fim a avaliação dos resultados obtidos (LEOPARDI, 2006; NÓBREGA; SILVA, 2009), a saber:

- *Coleta de dados*: processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, a família ou a coletividade e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde-doença.

- *Diagnóstico de enfermagem*: processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem e representa as respostas da pessoa, da família ou da coletividade, em um dado momento do processo saúde-doença, e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

- *Planejamento de enfermagem*: determinação dos resultados que se espera alcançar e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas mediante as respostas da pessoa, da família ou da coletividade em um dado momento do processo saúde-doença, identificadas na etapa de diagnóstico de enfermagem.

- *Implementação*: realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de enfermagem.

- *Avaliação de enfermagem*: processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, da família ou da coletividade, em um dado momento do processo saúde-doença, que apontam para ações ou intervenções de enfermagem alcançadas e o resultado esperado, possibilitando

identificar a necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do processo de enfermagem.

O PE envolve o raciocínio lógico na avaliação clínica, na determinação dos Diagnósticos, das Intervenções e dos Resultados de enfermagem, o que o caracteriza como uma tecnologia cuidativa (DAL SASSO, 2013). Além disso, dá notoriedade a efetividade das ações propostas por uma teoria de enfermagem.

A teoria está incumbida de orientar, cientificar, prognosticar, esclarecer as propriedades intelectuais e avaliar o processo de cuidar da enfermagem, tendo como desfecho da prática de enfermagem o suprimento das necessidades humanas de cuidado, seja ele individual, familiar ou comunitário (RAMALHO, 2012).

Acrescenta-se a isso, o fato do PE tornar-se significativo no planejamento e execução das atividades de enfermagem, desde a coleta de dados, Diagnósticos de enfermagem, Planejamento, Intervenção até a Avaliação, culminando em ações sequenciadas, inter-relacionadas e pré-estabelecidas. Este desenvolvimento intelectual envolve maturidade, habilidade, competência teórica e científica coerente, raciocínio clínico, aptidão na tomada de decisão, em que objetiva a segurança do paciente, discernimento de prioridades assistenciais, qualidade da assistência prestada, a prática baseada em evidência, e o alcance de metas (MEDEIROS, 2010).

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)- 358/ 2009, dispõe sobre SAE e a Implementação do PE por profissional de enfermagem, em ambientes públicos ou privados, onde esses profissionais desempenham o cuidado, sendo privativo o planejamento pelo profissional enfermeiro (COFEN, 2009).

Nesse contexto, tem-se que o enfermeiro em seu processo de trabalho na assistência ao idoso institucionalizado, necessita prestar um cuidado qualificado, humanizado e sistemático, por meio da utilização do PE. Este é um método utilizado para se implementar na prática uma teoria de enfermagem, tornando-se possível um cuidado respaldado cientificamente (TANNURE; PINHEIRO, 2010).

Destarte, a prática clínica do enfermeiro ao idoso, operacionalizada por meio do uso do PE, deve agregar as peculiaridades do processo de envelhecimento humano, mediante uma abordagem integral, com vistas a contemplar suas necessidades e

detectar precocemente problemas reais e potenciais, bem como suas relações com os fatores físicos, psicológicos e sociais determinantes do processo saúde-doença.

Portanto, ao cuidar do idoso institucionalizado, o enfermeiro deve estar atento para a complexidade do processo de envelhecimento, estando apto a avaliar a capacidade funcional e as necessidades de cuidado. Um dos requisitos para se pensar o cuidado nas ILPIs é conhecer o processo de envelhecimento, determinando ações que possam atender integralmente as necessidades expressas e não expressas dos idosos, resguardando ao máximo os princípios de autonomia e independência da pessoa idosa.

3.3 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE®): TERMINOLOGIA PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Para a operacionalização de sua prática, o enfermeiro dispõe de uma série de saberes e tecnologias, dentre eles destaca-se o PE subsidiado pela utilização de terminologias próprias da enfermagem. Enquanto instrumental tecnológico de informação, a CIPE® funciona como sistema dinâmico capaz de fornecer dados que identifiquem a contribuição da profissão no cuidado em saúde e permitir mudanças práticas através de educação, administração e pesquisa, além de produzir informações para o processo decisório do enfermeiro, possibilitando a elaboração de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.

Atualmente a Enfermagem conta com diversos sistemas de classificação cujo desenvolvimento está relacionado com alguma das fases do PE, como classificação de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Nesse contexto, destaca-se a CIPE® como um importante recurso tecnológico que reúne, em uma mesma classificação, fenômenos (diagnósticos), ações (intervenções) e resultados de enfermagem.

A composição de um enunciado Diagnóstico/Resultado de enfermagem da CIPE® segue as recomendações do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), instituído na Norma ISO 18.104/14 da Organização Internacional de Normalização (ISO). Esta relata que as construções das declarações de Diagnósticos de enfermagem

devem utilizar um termo do eixo “Foco” e um termo do eixo “Julgamento”, como também, incluir mais algum termo dos outros eixos, que for necessário (CIE, 2011).

A ISO emerge da necessidade de reduzir os obstáculos das equivalências terminológicas entre as diversas nomenclaturas, com o intuito de unificar e criar um padrão para a construção da linguagem padronizada, como também, facilitar o uso de terminologias em sistemas de informação computadorizado (MATA, 2012).

A construção dos Resultados de enfermagem, que se trata da avaliação resultante dos diagnósticos e intervenções pré-estabelecidos, é composto pelos mesmos termos utilizados para a formulação do diagnóstico, que é determinado pela segunda e quarta etapas do PE, e pode ser descrito como um novo diagnóstico (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010), ou também, com o reconhecimento de um “espelho” da nomenclatura do diagnóstico.

O desenvolvimento dos sistemas de classificação em enfermagem supõe a utilização de uma linguagem própria da categoria, mediante adoção de termos atribuídos aos fenômenos de sua prática clínica, resultando, portanto, na universalização da linguagem, na padronização da comunicação e troca de informações entre enfermeiros e mais visibilidade e reconhecimento profissional.

A proposta de desenvolvimento da CIPE® foi apresentada ao CIE durante o 19º Congresso Quadrienal, realizado em 1989, em Seul, Coréia, sendo justificada pela falta de um sistema de classificação da linguagem profissional, necessário para que a Enfermagem pudesse dispor de dados consolidados na formulação de políticas de saúde, no gerenciamento de custos, na informatização dos serviços de saúde e no controle de sua prática clínica (CIE, 2007).

A CIPE® é definida como uma terminologia combinatória e representa um marco unificador de todos os sistemas de classificação de elementos da prática de enfermagem. Seus objetivos compreendem fornecer uma ferramenta para descrever e documentar as práticas de enfermagem; usar essa ferramenta como base para a tomada de decisão clínica; e prover a Enfermagem com um vocabulário e um sistema de classificação que possam ser usados para incluir dados de enfermagem nos sistemas de informação computadorizados (CIE, 2007, 2011b).

Até a presente data, nove versões da CIPE® foram publicadas na busca de constante atualização e aperfeiçoamento de sua estrutura. A primeira publicação foi desenvolvida em 1996, denominada Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão Alfa: um marco unificador, composta por duas classificações: Classificação de Fenômenos de Enfermagem e a Classificação de Intervenções de Enfermagem. Em continuidade foram editadas a CIPE® Versão Beta, em 1999; a CIPE® Versão Beta 2, em 2001; a CIPE® Versão 1.0, em 2005, com a integração do Modelo dos Sete Eixos, objetivando organizar os conceitos primitivos do domínio da enfermagem; a CIPE® Versão 1.1, em 2008; em 2009 CIPE® Versão 2 , em 2011 a versão 3 da CIPE® e a versão CIPE® 2013, com a permanência da apresentação multiaxial do Modelo dos Sete Eixos, e também com atributos de terminologia enumerativa (GARCIA, 2013; CIE, 2011) e a CIPE® Versão 2015.

A versão Alfa era composta de duas classificações: de fenômenos e de ações de enfermagem. A Classificação dos Fenômenos de Enfermagem faz alusão ao domínio do cliente, podendo este ser o Ser Humano ou o Meio Ambiente, constituída por um modelo monoaxial. A Classificação das Intervenções de Enfermagem refere-se ao domínio das ações desempenhadas pelos enfermeiros frente aos Fenômenos de Enfermagem, representada por um modelo multiaxial tendo como eixos: Ação, Objeto, Enfoque, Meio, Lugar do Corpo e Tempo/Lugar.

Com a versão Beta, foi proposto um modelo multiaxial, com a finalidade de oferecer um suporte ampliado para seu desenvolvimento, cujos componentes passam a constituir-se como: fenômenos, ações e resultados de enfermagem, todos com modelo multiaxial. A Classificação dos Fenômenos de Enfermagem foi definida como os aspectos de saúde relevantes para a prática de enfermagem, constituindo-se de oito eixos: Foco da Prática de Enfermagem, Julgamento, Frequência, Duração, Lugar do Corpo, Topologia, Probabilidade e Portador. A Classificação das Ações representava o desempenho dos enfermeiros na prática assistencial, sendo composta por oito eixos: Tipo de Ação, Alvo, Meio, Tempo, Topologia, Localidade, Via e Beneficiário. Os Resultados de Enfermagem representavam uma medida da efetividade das condutas tomadas pelos enfermeiros, adotando os mesmos eixos da classificação de fenômenos.

Na versão 1.0 houve uma mudança da estrutura da classificação, a qual passou de dois modelos com oito eixos para um modelo com sete eixos. Este novo modelo pretendeu facilitar o uso contínuo da CIPE® pelos enfermeiros, na medida em que soluciona os problemas de redundância e ambiguidade presentes na versão Beta 2.

As definições dos sete eixos são: foco – área de atenção relevante para a enfermagem; julgamento – opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem; cliente – sujeito ao qual o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção; ação – processo intencional aplicado a um cliente; meios – maneira ou método de desempenhar uma intervenção de enfermagem; localização – orientação anatômica e espacial de um diagnóstico ou intervenção; tempo – o momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência (CIE, 2011b).

Na CIPE® Versão 1.1, disponível apenas online, e aceita como parte da Família de Classificações Internacionais da OMS, houve a inclusão de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, bem como dispõe de termos distribuídos nos sete eixos dessa classificação. Essa inclusão foi resultado dos esforços de enfermeiros de todo o mundo para construir os subconjuntos terminológicos, destinados a uma determinada área da prática profissional (ICN, 2008).

A CIPE® versão 2.0 foi lançada em julho de 2009, durante o 24º Congresso Quadrienal do CIE, em Durban, na África do Sul. Essa versão conta com mais de 2.000 termos constantes e vários enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, objetivando o enriquecimento e o desenvolvimento de catálogos. Foram adicionados mais de 400 novos conceitos em sua estrutura, sendo muitos desses conceitos, enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções desenvolvidas para os subconjuntos terminológicos (CIE, 2011b).

A CIPE® versão 2011 release é uma reedição da versão 2.0, com inclusão de novos termos e de declarações pré-combinadas. Está disponível em 15 idiomas, apenas em formato eletrônico.

A CIPE® versão 2013 conta com 3.894 conceitos, dos quais 1.592 são conceitos pré-combinados (enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem) e 2.302 conceitos primitivos (termos).

Atualmente, a CIPE® versão 2015 manteve o modelo de sete eixos e foram implementados novos termos nos diferentes eixos. Ressalta-se que esta versão está disponível na página eletrônica do CIE, traduzida para diversas línguas, inclusive para o português do Brasil.

Este sistema de classificação visa o aprimoramento técnico-científico da profissão, a partir do registro e da qualidade da assistência, essencialmente quando focadas em áreas específicas do cuidado de enfermagem expostas pelos subconjuntos terminológicos da CIPE®. Ainda assim, permite o raciocínio clínico e terapêutico do enfermeiro e a concretude da implementação do PE (MEDEIROS, 2011; DAL SASSO, 2013).

A linguagem padronizada da CIPE® é fruto da determinação e coordenação do CIE. Sua incumbência é desvelar a especificidade do processo de trabalho do enfermeiro, ofertando-o o reconhecimento profissional nas ações referentes ao processo saúde-doença e a visibilidade de uma ciência, disciplina e profissão na enfermagem.

3.4 A TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A ENFERMAGEM

No exercício da prática clínica de enfermagem, a utilização de um embasamento teórico propicia o desenvolvimento de ações que garantam um grau de excelência ao cuidado de enfermagem.

As teorias de enfermagem contribuem para a organização do processo de cuidar em enfermagem ao estabelecerem proposições para pensar a assistência, evidenciar propósitos, limites e relações entre profissionais e clientes que cuidam e são cuidados. Assim, os enfermeiros devem fundamentar sua prática profissional em princípios científicos utilizando-se das teorias de enfermagem e do respectivo método que permite nas suas fases a operacionalização destas teorias (HICKMAN, 2000).

A teórica Virginia Henderson por meio de publicações, entrevistas e apresentações, postulou sua crença sobre enfermagem e de sua prática, diante dos avanços tecnológicos e sociais de sua época. Desde a publicação de “The Principles

and Practice of Nursing”, Henderson eternizou seu modelo conceitual, definindo a enfermagem como uma arte e uma ciência que tem um papel fundamental tanto na prevenção como na reabilitação da saúde, assim como evitar ao paciente sofrimento na hora de sua morte (HENDERSON, 1971).

A teoria gira em torno de conceitos centrais que são eles: pessoa, ambiente, enfermagem e saúde, os quais também são metaparadigmas da Enfermagem. A pessoa é vista como um ser integral, apresentando componentes biológicos, psicológicos, socioculturais e espirituais; o ambiente é influenciado por fatores internos e externos e esses exercem relação ao grau de saúde do paciente; a enfermagem constitui um serviço que tem como objetivo auxiliar o paciente a conseguir satisfazer suas necessidades básicas; e o conceito de saúde se equipara com a satisfação de forma adequada das catorze necessidades fundamentais (RODRIGO; FERRÍN; GÓMEZ, 2005).

Dentro da proposta dos conceitos nucleares fundamentam-se três conceitos norteadores do modelo: os postulados, os elementos e os valores. No que se referem aos postulados o ser é composto por catorze necessidades fundamentais e para tanto necessita satisfazê-las, atingindo a sua independência. Uma vez as necessidades não estando satisfeitas diz-se que o ser não está completo. Os elementos retratam que é função da enfermagem o restabelecimento ou manutenção do grau de satisfação do seu cliente de suas necessidades básicas, nesse caso a enfermeira utiliza intervenções de diversos tipos com o intuito de promover uma maior independência ao seu paciente. Em caso do paciente não conseguir lograr sua independência por algum tipo de prejuízo ou dano intrínseco, a enfermeira assume seu papel para manutenção de sua independência. Nos valores, os papéis da enfermeira ficam bem claros, ressaltando sua diferença com o saber médico e de outras profissões, enfoca também que só ela possui habilidade e competência para prestar os cuidados de enfermagem (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Dessa forma, a teórica postulou que é função própria do enfermeiro atender ao indivíduo, enfermo ou sadio, na execução daquelas atividades que contribuem para a sua saúde ou o seu restabelecimento (ou para uma morte tranquila), atividades que o mesmo realizaria se tivesse a força, vontade ou o conhecimento necessários.

Igualmente corresponde a este profissional cumprir esta missão de forma a ajudar o enfermo a (re) adquirir sua independência o mais rápido quanto possível (HENDERSON, 1958, 1961, 2006).

Além do conceito de enfermagem, Henderson apresenta as definições de homem, ambiente e saúde. Homem é definido como alguém que necessita de cuidados de enfermagem, considerando os componentes biológicos, psicológicos, sociológicos e espirituais. Na definição de ambiente discute o impacto da sociedade/comunidade sobre o indivíduo e a família. Saúde é definida como o equilíbrio de todos os domínios da vida humana, refletindo a capacidade do indivíduo funcionar independentemente (FURUKAWA; HOWE, 2000).

Com base nesses fundamentos teóricos, a pessoa torna-se a figura central dos cuidados de enfermagem e o enfermeiro deve ajudá-la a tornar-se independente na satisfação das suas necessidades o mais cedo possível, entendendo por necessidade o requisito ou exigência e não a falta (HENDERSON, 1958, 1994).

Esse modelo teórico aponta uma análise em que a pessoa é única e complexa, apresentando catorze necessidades fundamentais, subdivididas em categorias que englobam os componentes biológicos/fisiológicos, psicológicos, sociais, espirituais/morais dos indivíduos

Essas necessidades se encontram inter-relacionadas, e visam fundamentar a prática da enfermagem de maneira a devolver a competência do outro em realizar suas atividades, compreendendo as ações essenciais para promover a manutenção da saúde, ou sua recuperação, e mesmo uma morte pacífica.

A referida proposta de abordagem permite ao indivíduo retomar sua autonomia e independência o mais cedo possível, pois assim, melhores serão os resultados alcançados na terapêutica estabelecida. Em seus postulados, Henderson afirma que todo o indivíduo tende para a independência e deseja-a e que a não satisfação de uma necessidade gera um indivíduo incompleto.

O cuidado de enfermagem ao idoso institucionalizado, fundamentada nos pressupostos dessa teórica, possibilita uma análise da sua situação de saúde, a partir da elaboração de diagnósticos de enfermagem, subsidiando a determinação da fonte

do problema pelo enfermeiro, para o planejamento de intervenções de enfermagem, com o objetivo de recuperar sua independência tão rapidamente quanto possível.

Nessa perspectiva, o modelo teórico de Henderson fornece uma valiosa contribuição para a prática clínica do enfermeiro ao idoso institucionalizado, subsidiando o desenvolvimento das ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde ao viabilizar um cuidado direcionado para a manutenção/recuperação da independência desses indivíduos.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo que consiste em um estudo que busca observar, descrever e documentar determinada realidade, coletando uma grande quantidade de informações sobre um problema específico (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

O estudo foi fundamentado na CIPE® versão 2015 e na teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson. Fundamentar o estudo nessa teoria possibilita trazer à luz a reafirmação do cliente como agente da sua própria saúde e do papel autônomo do enfermeiro no cuidado à pessoa idosa (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

4.2 CENÁRIO E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em uma ILPI, pertencente ao município de Fortaleza, no estado do Ceará, no período de abril a setembro de 2016. Trata-se de uma associação civil, de direito privado, sem fins lucrativos, custeada pelo governo federal, estadual e municipal, contando também com doações da sociedade civil. Tem como função abrigar pessoas idosas carentes com idade a partir de 60 anos, trabalhando sob regime de internato e semi-internato. Atualmente, abriga 216 idosos de ambos os sexos e com diferentes graus de dependência.

Sua história denota desde meados de 1905, recebendo o nome inicial de Asilo de Mendicidade do Estado do Ceará. Tinha como objetivo assistir os pobres que vinham fugidos da seca. Atualmente, recebe idosos pertencentes a qualquer classe social. Entre os idosos residentes na instituição encontram-se aqueles sem referência familiar, em estado de vulnerabilidade social, negligenciados pela família, que já sofreram violência física, moral, doméstica ou familiar, moravam sós e não tinham condições de se autocuidar, eram portadores de distúrbios mentais e comportamentais ou doenças crônicas, bem como idosos de classe média e média alta.

Na instituição os idosos são agrupados em níveis de dependência I, II, III e autônomo para realização de suas AVDs, segundo as normas da ANVISA. De acordo com essa classificação, consideram-se idosos dependente grau I: aqueles idosos independentes, mesmo os que utilizam algum dispositivo de autoajuda; dependentes grau II: aqueles idosos com dependência em até três atividades do autocuidado para a vida diária, tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada; dependentes grau III - aqueles idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ ou comprometimento cognitivo e idosos autônomo, aquele que detém poder decisório e controle sobre a sua vida (BRASIL, 2005).

As instalações físicas são divididas em Setor de Tratamento Especial (STE), enfermaria masculina e feminina e apartamentos individuais ou quádruplos. O STE situa-se em frente ao posto de enfermagem da instituição, onde são destinados os idosos que possuem algum tipo de complicação e precisam ser assistidos pela equipe, ou aqueles que apresentam algum quadro de emergência. As enfermarias são divididas por gênero (masculino e feminino) estando situados os idosos que apresentam grau II e III de dependência. Já nos apartamentos residem idosos dependentes (grau I,II e III) e autônomos para realização de suas AVDs, dependendo do grau de dependência os mesmos são assistidos por cuidadores particulares ou de cuidadores presentes na instituição.

Os quartos são divididos por sexo, residindo cerca de 1, 2 ou 4 idosos por cada quarto, no máximo, conforme as normas da ANVISA (BRASIL, 2005). Fazem parte também das instalações internas: refeitório, quadra poliesportiva, bazar, farmácia viva, serviço de telemarketing, central de material, sala de curativos, cantina, sala do coral, sala para reuniões posto de enfermagem, assistência social, capela, sala de televisão e consultórios, sendo eles: médico, enfermagem, psicologia, fisioterapia e terapia ocupacional.

Conta com uma equipe multiprofissional que é composta de profissionais da área da enfermagem, medicina, pedagogia, terapia ocupacional, fisioterapia, serviço social, administração, cuidadores de idosos, serviços gerais, cozinheiros, motoristas, vigilantes.

A escolha da ILPI se deu pelo fato desta ser referência no atendimento a pessoas idosas no município de Fortaleza, ser a maior em termos de número de idosos abrigados, por ter enfermeiro como membro da equipe de saúde, por estar cadastrada nos órgãos públicos e promover integração com a academia, oportunizando a realização do ensino e pesquisa no campo do envelhecimento humano.

4.3 POPULAÇÃO/ AMOSTRA

A população do estudo foi constituída de 216 idosos e para obtenção da amostra e utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: possuir idade igual ou superior a 60 anos e morar na ILPI. Foram excluídos os idosos que se encontravam hospitalizados ou que estavam fora da instituição durante o período de coleta de dados. Durante o período de coleta, 5 idosos foram a óbito, 1 não era idoso, 5 estavam hospitalizados e 2 haviam viajado para visitar a família. Dessa forma, a amostra foi constituída por 203 idosos.

4.4 ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi feita por meio de uma entrevista mediada por um instrumento (APÊNDICE A) elaborado conforme as necessidades humanas fundamentais de Henderson. A estruturação e aplicação do referido formulário possibilitou obter informações de ordem subjetiva e objetiva sobre cada uma das catorze necessidades fundamentais, possibilitando a obtenção de dados sociodemográficos e das condições clínicas de saúde dos idosos avaliados. O formulário foi dividido em seção “A” que corresponde às informações de identificação e seção “B”, à avaliação das condições clínicas de saúde do idoso, por meio das necessidades humanas fundamentais e do exame físico. Além disso, foi realizada consulta aos prontuários para complementação das informações, quando necessário.

O estudo foi delineado em duas etapas e esquematizado da seguinte maneira: 1ª etapa: Identificação das demandas de necessidades humanas

fundamentais dos idosos residentes na ILPI; 2ª etapa: Elaboração dos enunciados de Diagnósticos/Resultados de enfermagem.

4.4.1 1ª Etapa: Identificação das demandas de necessidades humanas fundamentais dos idosos residentes na ILPI

Para esta etapa foi utilizado um formulário de avaliação da saúde do idoso institucionalizado, baseado no modelo teórico de Virginia Henderson. Este foi adaptado de acordo com as limitações identificadas para a realidade da instituição e para isso foram realizados dois testes pilotos na instituição antes do início da pesquisa.

Para definir o grau de dependência dos idosos foi utilizada a classificação estabelecida pela ANVISA, a qual regulamenta o funcionamento das ILPIs no Brasil. Dessa forma, considerou-se grau I o idoso independente (mesmo que fizesse uso de equipamentos de ajuda); grau II o idoso que tivesse dificuldade para realizar no mínimo três atividades de vida diária e/ou com condição cognitiva preservada ou alteração cognitiva controlada; e grau III o idoso com dificuldade para realizar todas as atividades básicas de vida diária e/ou com alteração cognitiva (BRASIL, 2005).

As estratégias utilizadas para a aplicação do instrumento de coleta de dados, em tempo hábil, foram a familiarização da pesquisadora com o local da pesquisa e com os sujeitos envolvidos. Os idosos acamados e com maior grau de dependência foram inicialmente avaliados relação aos idosos autônomos, visto que aqueles demandam maior tempo para o exame clínico, necessitando de uma coleta de dados com maior cautela.

Após o recolhimento dos dados pessoais e de saúde foram elaborados quadros, no software de edição de texto *Microsoft Word*, com a identificação de cada idoso. Os dados identificados foram analisados com base nas necessidades humanas fundamentais, utilizando definições do modelo teórico de Virgínia Henderson.

4.4.2 2ª Etapa: Elaboração dos enunciados de Diagnósticos/Resultados de enfermagem

A partir da identificação das demandas de necessidades dos idosos, foram elaborados os enunciados de Diagnósticos/Resultados utilizando a CIPE® versão 2015 (CIE, 2015) seguindo as recomendações da Norma ISO 18.104/14 (ISO, 2014) que orienta incluir, obrigatoriamente, um termo do eixo Foco e um termo do eixo Julgamento ou de um achado clínico. Em alguns casos, quando não foram encontrados termos para a situação identificada, foram utilizados termos da literatura da área e da prática clínica para construir os diagnósticos de enfermagem.

Neste estudo a expressão Diagnóstico/Resultado de enfermagem foi utilizada para denominar esses dois elementos da prática de enfermagem. Essa decisão foi tomada levando em consideração que se utiliza os mesmos eixos na elaboração de diagnóstico e resultado de enfermagem, e o que determina a diferença entre os mesmos é a avaliação do enfermeiro sobre se é uma decisão sobre o estado da pessoa, problemas e/ou necessidades (Diagnóstico) ou se é a resposta após a implementação das intervenções (Resultado) (OLIVEIRA; TAVARES, 2014).

Para organizar os Diagnósticos/Resultados de enfermagem, utilizou-se a seguinte ordem de prioridade, segundo referencial teórico adotado: 1) **Componentes biológicos/ fisiológicos** (respiração, nutrição e hidratação, eliminação, movimento, sono e repouso, vestuário, temperatura corporal, higiene e proteção da pele, controle do ambiente); 2) **Componentes psicológicos** (comunicação e sexualidade, aprendizagem); 3) **Componentes sociais** (trabalho, lazer); 4) **Componentes espirituais/ morais** (prática religiosa/ espiritualidade).

Para a discussão dos resultados foram utilizados os pressupostos teóricos de Virgínia Henderson e a literatura científica presente em artigos que discutem essa temática.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados em uma planilha no *Microsoft Office Excel* 2010 e analisados nos softwares SPSS versão 20.0 e Stata versão 6.0. Foram realizadas estatísticas descritivas com frequências absolutas e relativas, médias e desvio padrão. Para conferir a normalidade das variáveis contínuas adotou-se o teste Shapiro-wilk e foram elaborados gráficos de histograma para as variáveis: idade, tempo de institucionalização, número de comorbidades e número de medicamentos. Todas elas foram consideradas não normais.

A partir disso, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney para correlação entre variáveis categóricas e contínuas. Para associação entre variáveis categóricas, prevaleceram os testes Exato de Fisher e o Qui-Quadrado de Pearson. A estatística foi considerada significativa a partir do nível $< 0,05$.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

No desenvolvimento da pesquisa, foram respeitados os preceitos éticos e legais a serem seguidos nas investigações envolvendo seres humanos, conforme preconiza a Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

O projeto que subsidiou esta pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil do Ministério da Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sob o número de protocolo 1.600.818 e CAAE 54617616.6.0000.5534 (ANEXO A).

Como recomendado, os participantes do estudo foram orientados sobre o sigilo da identidade, natureza, objetivos e benefícios da pesquisa. Além disso, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), segundo o qual podiam retirar sua anuência quando desejassem, sem qualquer ônus financeiro e/ou material. Nos casos em que os idosos estavam impossibilitados de consentir por si próprio, foi solicitado o consentimento do seu responsável legal na ILPI.

5 RESULTADOS

A partir dos achados, identificou-se que o perfil de faixa etária dos idosos concentrou-se em indivíduos cada vez mais idosos (média de 77,59 anos $\pm 8,99$), em sua maior parte mulheres (57,1%), solteiros (49,8%), com boa escolaridade (35,5%), aposentados (94,6%) e católicos (84,7%).

Ademais, antes de se institucionalizar, a maioria dos idosos residia com parentes e amigos (52,2%), foram institucionalizados por motivos como violência, insuficiência familiar, vontade da família e abandono (62,1%); o tempo médio de institucionalização foi de 97,8 meses ($\pm 103,4$) e a maior parte recebia visita (62,1%).

Os idosos possuíam em média 3 comorbidades ($\pm 6,1$) e faziam uso de 6 medicamentos ($\pm 3,0$), em média. Dentre os medicamentos utilizados, os psicotrópicos (70%) e os anti-hipertensivos (53,7%) foram os mais utilizados. Em relação ao grau de dependência, havia mais idosos com dependência em grau 1 (35,5%), assim como se apresenta a Tabela 01.

Tabela 1. Perfil dos idosos institucionalizados. Fortaleza, CE, 2016.

Variáveis (N=203)	F	%
Idade	*	*
Média: 77,59 ($\pm 8,99$); mínimo: 60; máximo: 103		
Sexo		
Feminino	116	57,1
Masculino	87	42,9
Estado civil		
Solteiro	101	49,8
Separado/Divorciado	50	24,6
Viúvo	46	22,7
Casado	6	3,0
Escolaridade		
Analfabeto	68	33,5
1-4 anos de estudo	32	15,8
5-8 anos de estudo	31	15,3
9 ou mais anos	72	35,5
Aposentadoria		
Sim	192	94,6
Não	11	11,4
Religião		
Católica	172	84,7
Evangélica	20	9,9

Nenhuma	6	3,0
Outras	5	2,5
Com quem residia antes da institucionalização		
Sozinho	12	42,9
Outros parentes/amigos	106	52,2
Cônjuges e filhos	40	19,7
Motivo da institucionalização		
Vontade própria	64	31,5
Transferência de outros Abrigos	13	6,4
Outros motivos	126	62,1
Tempo de institucionalização		
Média: 97,8 ($\pm 103,4$); Mínimo: 6 meses; Máximo: 648 meses		
Recebe visita		
Sim	126	62,1
Não	67	33
Não informado	10	4,9
Número de Comorbidades		
Média: 3,0 ($\pm 6,1$); Mínimo: 2; Máximo: 17		
Medicamentos		
Média: 6,0 ($\pm 3,0$); Mínimo: 1; Máximo: 16		
Tipo de medicamentos		
Antihipertensivo	109	53,7
Antidiabético	45	22,2
Psicotrópico	142	70,0
Antibiótico	14	6,9
Outros	177	87,2
Grau de dependência		
Grau 1	72	35,5
Grau 2	65	32,0
Grau 3	66	32,5

Fonte: elaborada pelo autor

No tocante às demandas de necessidades, a Tabela 2 mostra o quantitativo de idosos que apresentava ou não a demanda de necessidade e o total de diagnósticos encontrados em cada uma delas. Evidenciou-se, portanto, que os idosos apresentaram uma maior demanda na necessidade de *Mover-se e manter uma boa postura*, a qual esteve presente em 177 (87,2%) idosos e somou 403 diagnósticos (16,2%).

Tabela 2- Perfil de necessidades e total de diagnósticos de enfermagem encontrados em cada necessidade. Fortaleza, CE, 2016.

Necessidades e Diagnósticos	F	%
Respirar		
Com Demanda	95	46,8
Sem demanda	108	53,2
Total de diagnósticos encontrados	133	5,3 ^a
Comer e Beber		
Com Demanda	153	75,4
Sem demanda	50	24,6
Total de diagnósticos encontrados	276	11,1 ^a
Eliminar		
Com Demanda	123	60,6
Sem demanda	80	39,4
Total de diagnósticos encontrados	218	8,8 ^a
Mover-se e manter uma boa postura		
Com Demanda	177	87,2
Sem demanda	26	12,8
Total de diagnósticos encontrados	403	16,2 ^a
Dormir e repousar		
Com Demanda	101	49,8
Sem demanda	102	50,2
Total de diagnósticos encontrados	104	4,2 ^a
Vestir-se e Despir-se		
Com Demanda	40	19,7
Sem demanda	163	80,3
Total de diagnósticos encontrados	40	1,6 ^a
Manter Temperatura		
Com Demanda	16	7,9
Sem demanda	187	92,1
Total de diagnósticos encontrados	18	0,7 ^a
Proteger o tegumento		
Com Demanda	156	76,8
Sem demanda	47	23,1
Total de diagnósticos encontrados	387	15,5 ^a
Evitar Perigos		
Com Demanda	126	62,1
Sem demanda	77	37,9
Total de diagnósticos encontrados	181	7,3 ^a
Comunicar-se		
Com Demanda	126	62,1
Sem demanda	77	37,9
Total de diagnósticos encontrados	190	7,6 ^a
Agir segundo crenças e valores		
Com Demanda	37	18,2

Sem demanda	166	81,8
Total de diagnósticos encontrados	46	1,8 ^a
Ocupar-se para realizar-se		
Com Demanda	118	58,1
Sem demanda	85	41,9
Total de diagnósticos encontrados	187	7,5 ^a
Recrear-se		
Com Demanda	59	29,1
Sem demanda	144	70,9
Total de diagnósticos encontrados	68	2,7 ^a
Aprender		
Com Demanda	129	63,5
Sem demanda	74	36,5
Total de diagnósticos encontrados	237	9,5 ^a

Legenda: a - % sobre o total de diagnósticos encontrados em todas as necessidades.

Fonte: elaborada pelo autor

Dentre as necessidades que mostraram associação significativa com as variáveis independentes, a Tabela 3 apresenta a associação entre as necessidades e as variáveis independentes do estudo.

Tabela 3 – Identificação das associações entre as necessidades e as variáveis independentes. Fortaleza, CE, 2016.

Variáveis independentes	Necessidade de Respirar		P
	Com demanda	Sem demanda	
	f (%)	f(%)	
Idade	-	-	0,03 ^b
Número de medicamentos	-	-	0,01 ^b
	Necessidade de Comer e Beber		
Número de comorbidades	-	-	0,02 ^b
Número de medicamentos	-	-	0,001 ^b
	Necessidade de Eliminar		
Número de comorbidades	-	-	<0,0001 ^b
	Necessidade de Mover-se e manter uma boa postura		
Idade	-	-	0,004 ^b
Sexo			0,03 ^c
Feminino	106 (91,4)	10 (8,6)	
Masculino	71 (81,6)	16 (18,4)	
Número de comorbidades	-	-	0,005 ^b
	Necessidade de Dormir e Repousar		
Tempo de institucionalização	-	-	0,04 ^b

Número de medicamentos	-	-	0,03 ^b
	Necessidade de Proteger Tegumentos		
Idade	-	-	0,04 ^b
Número de medicamentos	-	-	0,04 ^b
Número de comorbidades	-	-	0,01 ^b
	Necessidade de Evitar Perigos		
Número de comorbidades	-	-	0,01 ^b
	Necessidade de Comunicar-se		
Idade	-	-	0,01 ^b

Legenda: b- Teste de Mann-Whitney; c- Teste Exato de Fisher.

Fonte: elaborada pelo autor

A Tabela 4 apresenta os valores referentes ao nível de significância oriundos da análise estatística da variável grau de dependência e necessidades, sendo apresentado, portanto, apenas os cruzamentos que obtiveram significância estatística com $p < 0,05$.

Tabela 4 – Identificação das associações entre grau de dependência e demanda de necessidades. Fortaleza, CE, 2016.

Demanda de Necessidades	Grau de dependência			P
	I (N= 72) F(%)	II (N=65)	III (N=66)	
Mover-se e manter uma boa postura	56 (31,6)	57 (32,2)	64 (36,1)	0,003 ^d
Vestir-se e Despir-se	1 (2,5)	14 (35)	25 (62,5)	<0,0001 ^d
Manter a temperatura	1 (6,2)	9 (56,2)	6 (37,5)	0,02 ^d
Comunicar-se	33 (26,2)	43 (34,1)	50 (39,7)	0,001 ^d
Ocupar-se	34 (28,8)	46 (39)	38 (32,2)	0,02 ^d
Aprender	32 (24,8)	43 (33,3)	54 (41,9)	<0,0001 ^d

Legenda: d- Teste de Qui-Quadrado de Pearson.

Fonte: elaborada pelo autor

Identificou-se, portanto, que os idosos que apresentaram demanda nas necessidades de *Mover-se e manter uma boa postura*, *Vestir-se e Despir-se*, *Manter a temperatura*, *Comunicar-se*, *Ocupar-se* e *Aprender*, em sua maioria eram dependentes grau III.

A seguir, o Quadro 1 apresenta a lista dos 286 enunciados de Diagnósticos/Resultados elaborados para a pessoa idosa institucionalizada, classificados segundo os 4 componentes propostos por Henderson, sendo assim distribuídos: 207 no Componente biológico/fisiológico, 45 no Componente psicológico, 32 no Componente social e 2 no Componente espiritual/moral.

Quadro 1 - Distribuição dos enunciados de Diagnósticos/Resultados enfermagem da CIPE® organizados por componentes de cuidado. Fortaleza, CE, 2016.

COMPONENTES	ENUNCIADOS DE DE/RE
BIOLÓGICO/FISIOLOGICO	Agitação
	Alergia à medicação
	Alucinação
	Amplitude de movimento, reduzida
	Angústia
	Angústia, diminuída
	Ansiedade
	Ansiedade, melhorada
	Ascite
	Audição, prejudicada
	Autocuidado, prejudicado
	Baixo apetite
	Apetite, melhorado
	Baixo peso
	Peso, eficaz
	Bradycardia
	Capacidade para executar autocuidado, prejudicada
	Capacidade para executar autocuidado, melhorada
	Capacidade para mover-se, prejudicada
	Capacidade para mover-se, melhorada
	Capacidade para transferência, prejudicada
	Capacidade para transferência, melhorada
	Capacidade para vestir-se, prejudicada
	Capacidade para vestir-se, melhorada
	Comportamento agressivo
	Comportamento de ingestão de alimentos, compulsivo
	Comportamento de ingestão de alimentos, melhorado
	Condição cardíaca, prejudicada

	Condição gastrointestinal, prejudicada
	Condição Musculoesquelética, prejudicada
	Condição respiratória, prejudicada
	Constipação
	Constipação, ausente
	Constipação, crônica
	Crosta láctea (ou Dermatite Seborreica)
	Débito cardíaco, prejudicado
	Déficit do autocuidado
	Deglutição, prejudicada
	Delírio
	Dentição, ausente
	Dentição, prejudicada
	Dependência de benzodiazepínico
	Dermatite
	Desconforto
	Desidratação
	Desnutrição
	Diabetes descompensada
	Diarreia
	Disfagia
	Dispnéia
	Dispneia funcional
	Disúria
	Dor abdominal
	Dor anginosa
	Dor articular
	Dor artrítica
	Dor de cabeça (ou cefaleia)
	Dor muscular
	Dor musculoesquelética
	Dor neurogênica
	Dor no estômago
	Dor ocular
	Dor óssea
	Dor por ferida
	Dor Torácica
	Dor, aguda
	Dor, crônica
	Edema
	Edema generalizado (ou anasarca)
	Eliminação intestinal, prejudicada
	Equimose
	Eritema
	Escoriação

	Falta de Exercício Físico
	Febre
	Febre, ausente
	Ferida maligna
	Ferida por queimadura
	Fezes, líquidas
	Fezes, seca
	Fraqueza
	Frequência respiratória, aumentada (Taquipnéia)
	Frequência urinária, aumentada (ou Polaciúria)
	Função do sistema respiratório, prejudicada
	Função renal, prejudicada
	Hematoma
	Hematúria
	Hemorragia
	Hemorróidas
	Higiene corporal, prejudicada
	Higiene corporal, eficaz
	Higiene oral, prejudicada
	Higiene oral, eficaz
	Higiene vaginal, prejudicada
	Hiperatividade psicomotora
	Hiperbilirrubinemia
	Hiperemia
	Hiperglicemia
	Hipertensão
	Hipotensão
	Impotência sexual
	Incontinência intestinal
	Incontinência urinária
	Incontinência urinária de urgência
	Incontinência urinária funcional
	Infecção
	Infecção de pele
	Infecção do Trato Urinário
	Infecção fúngica
	Infecção ocular
	Infecção respiratória
	Infestação de parasitas na cabeça
	Infestação de parasitas na cabeça, ausente
	Infestação por SarcoptesScabie
	Infestação por SarcoptesScabie, ausente
	Ingestão de alimentos, aumentada

	Ingestão de alimentos, prejudicada
	Ingestão de alimentos, eficaz
	Ingestão de líquidos, diminuída
	Ingestão Nutricional, deficiente
	Inquietação
	Insônia
	Integridade de pele, prejudicada
	Integridade Tissular da Membrana Mucosa oral, prejudicada
	Intolerância à atividade
	Lesão
	Lesão, ausente
	Marcha, prejudicada
	Marcha, melhorada
	Medo
	Medo, ausente
	Membrana Mucosa Oral, seca
	Mobilidade em cadeira de rodas, prejudicada
	Mobilidade em cadeira de rodas, melhorada
	Mobilidade na cama, prejudicada
	Mobilidade na cama, melhorada
	Movimento corporal, prejudicado
	Movimento corporal, melhorado
	Náusea
	Náusea, ausente
	Nictúria
	Obesidade
	Paresia
	Pele, seca
	Perambulação
	Percepção sensorial, prejudicada
	Perfusão tissular periférica, prejudicada
	Perfusão tissular, prejudicada
	Perfusão tissular, melhorada
	Pirose
	Poliúria
	Pressão arterial, alterada
	Pressão arterial, instável
	Prurido
	Prurido, ausente
	Prurido vaginal
	Retenção urinária
	Retenção urinária, ausente
	Risco cardiovascular, aumentado
	Risco de aspiração

	Risco de aspiração, diminuído
	Risco de automutilação
	Risco de automutilação, ausente
	Risco de constipação
	Risco de constipação, diminuído
	Risco de convulsão
	Risco de desequilíbrio de eletrólitos
	Risco de desequilíbrio hídrico
	Risco de desnutrição
	Risco de engasgo
	Risco de engasgo, ausente
	Risco de função cardíaca, prejudicada
	Risco de hipoglicemia
	Risco de hipoglicemia, diminuído
	Risco de infecção
	Risco de infecção, diminuído
	Risco de infecção ocular
	Risco de Integridade de pele, prejudicada
	Risco de lesão
	Risco de Queda
	Risco de Queda, diminuído
	Risco de sangramento
	Risco de trauma
	Risco de trauma, diminuído
	Risco de úlcera por pressão
	Risco de úlcera por pressão, diminuído
	Sangramento nasal
	Sangramento retal
	Sangramento vaginal
	Sobrepeso
	Sono, prejudicado
	Sono, eficaz
	Sonolência
	Taquicardia
	Termorregulação, prejudicada
	Tosse
	Tosse, cheia
	Tosse, seca
	Úlcera
	Úlcera por pressão
	Úlcera venosa crônica
	Vertigem Postural
	Visão, prejudicada
PSICOLÓGICO	Adesão ao regime terapêutico, prejudicado

	Adesão ao regime terapêutico, melhorado
	Afasia
	Afasia expressiva
	Aprendizagem cognitiva, diminuída
	Aprendizagem cognitiva, melhorada
	Automedicação
	Automedicação, ausente
	Baixa autoestima
	Autoestima, melhorada
	Baixa autoestima situacional
	Baixo conhecimento sobre a medicação
	Conhecimento sobre a medicação, aumentado
	Barreira na comunicação
	Cognição, prejudicada
	Comportamento, desorganizado
	Comportamento sexual, aumentado
	Comportamento sexual, prejudicado
	Comportamento, compulsivo
	Confusão
	Conhecimento sobre regime medicamentoso, prejudicado
	Comunicação verbal, prejudicada
	Comunicação, ineficaz
	Comunicação, prejudicada
	Desorientação
	Disfasia
	Fala Arrastada (Disartria)
	Falta de conhecimento sobre regime terapêutico
	Humor, deprimido
	Humores lábeis
	Imagem corporal, perturbada
	Memória, prejudicada
	Memória, eficaz
	Não adesão ao regime dietético
	Adesão ao regime dietético
	Não adesão ao regime medicamentoso
	Adesão ao regime medicamentoso
	Não adesão ao regime terapêutico
	Adesão ao regime terapêutico
	Pensamento, distorcido
	Preocupação
	Regime medicamentoso, complexo
	Risco de suicídio

	Risco de suicídio, diminuído
	Tristeza
SOCIAL	Abandono familiar
	Abuso de álcool
	Abuso de álcool, melhorado
	Abuso de tabaco
	Abuso de tabaco, melhorado
	Comunicação familiar, ineficaz
	Comunicação familiar, eficaz
	Disposição para abandono de tabagismo, prejudicado
	Enfrentamento familiar, prejudicado
	Falta de apoio familiar
	Falta de Atividade de Lazer
	Falta de Atividade Lúdica
	Isolamento social
	Isolamento social, ausente
	Negação ao Processo de Institucionalização
	Negação da doença
	Ociosidade Mental
	Ociosidade Mental, melhorada
	Problema de relacionamento
	Processo de Institucionalização, prejudicado
	Processo de Institucionalização, melhorado
	Processo familiar, interrompido
	Processo familiar, prejudicado
	Relacionamento, conflituoso
	Relacionamento, melhorado
	Risco de solidão
	Risco de solidão, diminuído
	Socialização, prejudicada
	Socialização, melhorada
	Solidão
	Solidão, melhorada
	Vítima de violência familiar
ESPIRITUAL/MORAL	Crença religiosa, conflituosa
	Crença, prejudicada

Fonte: elaborada pelo autor

O componente biológico/fisiológico se destacou, tendo em vista o maior número de Diagnósticos/Resultados identificados nos idosos que possuíam demandas nas seguintes necessidades: *Respirar, Comer e beber, Eliminar, Mover-se e manter uma boa postura, Dormir e Repousar, Vestir-se e Despir-se, Manter a temperatura adequada, Proteger tegumentos e Evitar perigos.*

No componente psicológico, consideraram-se os Diagnósticos/Resultados identificados nos idosos que possuíam demandas nas necessidades de *Comunicar-se e Aprender*. No componente social, foram listados os Diagnósticos/Resultados dos idosos com demandas nas necessidades de *Ocupar-se tendo em vista a autorrealização e Recrear-se*; e no componente espiritual/moral, considerou-se a necessidade de *Agir segundo crenças e valores*.

6 DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Em análise aos achados, observa-se que o fenômeno da longevidade se faz presente na instituição de longa permanência, assim como, o da feminização da velhice. Além disso, percebe-se que o estado civil em maior representatividade é solteiro, reiterando as declarações que apresenta o processo de institucionalização do ser que envelhece como prática comum na vida daqueles que não possui familiares que possam auxiliá-los nas atividades cotidianas e no cuidado de sua saúde.

O perfil de caracterização social e demográfica da pessoa idosa, neste estudo, também reitera e compartilha da mesma estruturação de outros estudos, que apontam os idosos institucionalizados como aqueles que recebem o mérito de idosos cada vez mais idosos, bem como, o fenômeno da feminização da velhice presentes nos lares de idosos (FREITAS; PEREIRA; GUEDES, 2010; OLIVEIRA; TAVARES, 2014; ARAÚJO; CEOLIM, 2010).

Estudo afirma que o fato de a pessoa idosa, mesmo que solteira, ter alguém em seu ambiente doméstico para fazer companhia retarda a institucionalização. Porém, o receio de estar só juntamente com o sentimento que amedronta os idosos em relação a segurança, bem como, outros fatores somados, como a dependência de cuidados, o abandono de familiares, e as dificuldades financeiras trazem a suscetibilidade de inclusão no processo de institucionalização (ROCHA; SOUZA; ROZENDO, 2013).

Dessa forma, a inserção do idoso na ILPI pode apresentar-se como uma opção em decorrência de múltiplos aspectos dentre os quais os mais relatados foram o abandono pela família, violência, a falta de recursos financeiros, falta de parentes próximos, ausência de cuidadores, dificuldades de se autocuidar e incapacidades físicas dos idosos.

Apesar de estudos apontarem a baixa escolaridade como sendo uma realidade mais evidenciada entre os idosos institucionalizados (FABÍOLA, 2014; OLIVEIRA; NÓBREGA; OLIVEIRA, 2015; CORDEIRO, 2015; FERNANDES, 2016), este estudo encontrou um percentual de idosos com boa escolaridade, ou seja, 9 ou mais

anos de estudos (35,5%) se comparados com os analfabetos (33,5%). Dessa forma, podemos inferir que pode estar acontecendo uma inversão gradativa no perfil de idosos que estão se institucionalizando.

Contudo, mesmo identificando esse quantitativo de idosos com boa escolaridade, em contrapartida o baixo grau de instrução, com a frequência de 64,6% somando-se as proporções dos indivíduos sem escolaridade e com ensino fundamental, podem ter relações intrínsecas à elevada frequência de idosos com grau de dependência II e III.

Estudo corrobora que a baixa escolaridade afeta as condições de autocuidado, como: a gestão do regime terapêutico, a compreensão da educação em saúde e nas orientações sobre as morbidades presentes, aumentando a probabilidade dos idosos necessitarem de ajuda e serem classificados como dependentes de cuidados (ROCHA, 2013).

Em relação à religiosidade, os católicos predominaram. Gullich (2014) afirmou que a religiosidade protege contra a ocorrência da doença. A vivência da espiritualidade pode ajudar o idoso a superar os momentos difíceis, as perdas do envelhecer e o processo saúde-doença, possibilitando-lhe melhor saúde e condição de vida. Ações como estimular o idoso às práticas espirituais, transmitir empatia para que o idoso verbalize suas angústias, são medidas que promovem qualidade de vida ao idoso deprimido (SANTOS, 2010).

Outro aspecto importante da condição de saúde do idoso é a realização das atividades de vida diária de forma independente, o que se vincula diretamente com a capacidade funcional do idoso. Dessa forma, destaca-se que 64,5% dos idosos do estudo eram dependentes para a realização de suas atividades de vida diária. Igualmente, em pesquisa sobre idosos institucionalizados foi encontrado que mais de 90% necessitavam de ajuda para tomar banho; mais de 40%, de ajuda para se alimentar e pouco mais de 75% e 60% precisam de auxílio para vestir-se e usar o banheiro, respectivamente (SAVONITTI, 2000). Também Pavarini e Neri (2000) citam que a situação mais geradora de padrões da manutenção da dependência e estímulo à dependência é o banho (76,3%), seguida da alimentação (95%) e, depois, pela de medicação (97%).

Ao se avaliar a capacidade funcional de um idoso, busca-se verificar o que ele não é capaz de fazer, como também quando necessita de ajuda para realizar determinadas ações. Dessa forma, ele é classificado em independente ou dependente, sendo o grau de dependência o que determinará os tipos de cuidados que serão necessários (DUARTE; PAVARINI, 1998).

Destarte, o enfermeiro deve planejar os cuidados considerando o nível de dependência de cada idoso, a fim de estimulá-lo a aumentar sua capacidade funcional e autonomia, desenvolvendo estratégias que possibilitem a manutenção e/ou a melhora da capacidade funcional, evitando situações que podem conduzir o idoso a situações de maior ou menor dependência.

Neste estudo, mais da metade da amostra investigada necessita de algum tipo de auxílio na realização das atividades de vida diária, caracterizando esses sujeitos como dependentes em maior ou menor grau.

A dependência e a incapacidade observada em pessoas acima de oitenta anos, não são consequência apenas do envelhecimento, mas resultam, isso sim, de enfermidades, perda de atividade física e fatores sociais, como a vida em asilos (RODRIGUES; RAUTH, 2002). A dependência parece aumentar com o passar dos anos. Na verdade, algum tipo de incapacidade acontece com o dobro de frequência, a partir dos sessenta anos, e esse índice triplica na população acima de oitenta anos. Isso permite identificar a incapacidade física, social e mental no idoso como uma epidemia dos próximos anos (GONZÁLEZ, 1995).

Nesse contexto, é comum a entrada de idosos nessas instituições devido à dependência, incapacidade e fragilidade (CORDEIRO, 2015), isso implica em um quantitativo maior de comorbidades e polifarmácia. Quanto a este aspecto, essa pesquisa concorda com a literatura (REIS; JESUS, 2015; FERNANDES, 2016).

Estudo apresenta que há uma maior prevalência de doenças crônicas nos idosos institucionalizados em comparação as doenças agudas nesses indivíduos. E, entre estas, em maior destaque, a hipertensão, que, quando presente nos idosos, predispõe o aparecimento de outras morbididades, limita a funcionalidade, potencializa a fragilidade e aumenta o grau de dependência (OLIVEIRA, 2012).

Dados da literatura mostram que um maior número de comorbidades exercem aditivamente múltiplos efeitos negativos sobre a qualidade de vida dos idosos. Um possível mecanismo é a relação bidirecional entre doenças crônicas físicas e depressão (BARBOSA, 2015).

O aumento da incidência de doenças crônicas entre idosos contribui para a utilização de grande quantidade de medicamentos e, quanto mais forem utilizados, maior é o risco de efeitos colaterais (LENARDT, 2009). Os psicotrópicos e anti-hipertensivos foram as classes terapêuticas mais prescritas, resultado semelhante ao encontrado na literatura (LENARDT, 2009; LUCCHETTI, 2010; BARBOSA, 2015).

A prevalência da polifarmácia também foi elevada nos resultado de outros estudos (SANTOS, 2010; LENARDT, 2009; CASTRO, 2012). A problemática do uso excessivo de medicamentos tem como consequência extensos gastos públicos e riscos aos idosos. Prescrições excessivas precisam ser reavaliadas para que graves consequências sejam evitadas (CAMACHO; COELHO, 2010). Os riscos da polifarmácia devem ser prioridade das políticas públicas, visando o Uso Racional de Medicamentos (URM) e consequentemente aumento da qualidade de vida do idoso. É preciso uma atuação mais atenta e capacitada dos profissionais de saúde, assim como políticas públicas, para evitar a demora no diagnóstico e tratamento (CAMACHO; COELHO, 2010).

Sabe-se que o idoso é mais propenso ao uso de muitos medicamentos devido ao fato de ter mais comorbidades, das alterações fisiológicas de farmacocinética e farmacodinâmica e da própria idade, logo, quanto mais comorbidades maior o número de medicamentos necessário.

Alguns fatores têm sido correlacionados com a presença de polifarmácia com o intuito da identificação dos grupos mais susceptíveis a iatrogenia, como por exemplo, a idade, a funcionalidade e as doenças crônicas (COELHO; MARCOPITO; CASTELO, 2004). Sendo assim, os pacientes em ILPs seriam aqueles com riscos aumentados, por apresentarem muitas doenças limitantes, fragilidade e baixa funcionalidade.

Destaca-se que a polifarmácia em idosos tornou-se significativo aspecto na assistência geriátrica. Segundo Isaacs (1976), a iatrogenia é um dos gigantes da geriatria e deve ser sempre investigada na consulta do paciente idoso. A prevalência de

polifarmácia, definida como a tomada de mais de 5 medicamentos por paciente (CARLSON, 1996), é alta em diversos setores de atendimento e de atenção à saúde.

Em um estudo feito nos Estados Unidos, idosos institucionalizados apresentaram consumo médio de 7,2 a 8,1 medicamentos por paciente (BRODERIK, 1997), e entre 4,6 e 4,7 no Brasil (DANILOW; MOREIRA, 2007; SILVA, 2005). Entretanto, alguns estudos recentes, como o conduzido por Hanlon et al. (2009), demonstraram até 74% de polifarmácia. Segundo outro estudo, conduzido na Finlândia (HOSIA-RANDELL; MUURINEN; PITKALA, 2008), cada institucionalizado consumia em média 7,9 drogas, demonstrando que o problema da polifarmácia em ILPs se faz ainda atual.

Muitos estudos têm pesquisado o uso de medicamentos e a presença de polifarmácia em pacientes idosos ambulatoriais, em inquéritos populacionais e em pacientes hospitalizados. Entretanto, ainda são escassos em nosso meio estudos que demonstrem a relação entre polifarmácia e fatores de risco em institucionalizados, de forma que se possa pensar nos fatores de risco e fomentar meios para uma intervenção antes de ser instalada a polifarmácia.

6.2 NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS E OS DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM

No tocante à necessidade de *Mover-se e manter uma boa postura*, que apresentou maior demanda pelos idosos do estudo, esta é definida como sendo a necessidade que uma pessoa tem de se mexer, de mobilizar as suas articulações por gestos coordenados e de adotar uma postura que permita assegurar a eficácia das funções do organismo e o exercício das atividades correntes (HENDERSON, 1958).

Sabe-se que com o envelhecimento ocorrem diversas alterações musculoesqueléticas que influenciam diretamente nessa necessidade humana fundamental que, segundo Rocha, Souza e Rozendo (2013), é a que mais acomete a saúde dos idosos e os limitam da qualidade de vida.

A descalcificação de várias partes do esqueleto, a atrofia dos discos intervertebrais, diminuição do tônus e da massa muscular, redução do suprimento

sanguíneo para os músculos e a perda da elasticidade dos tecidos conjuntivos levam à restrições na mobilidade e alterações na função musculoesquelética do idoso (WOLD, 2013).

A mobilidade física está entre a funcionalidade da pessoa idosa mais comprometida, possivelmente por motivos das alterações de senescência que causam envergadura e redução da massa óssea, atrofia muscular e redução da força, que se apresenta pelo desequilíbrio, problemas posturais e de articulação. Essas alterações foram identificadas na avaliação dos idosos e foram indicadores formadores de diagnósticos de enfermagem.

Observou-se que os diagnósticos de enfermagem referentes a essa necessidade foram propensores de outros diagnósticos, como por exemplo, a *Marcha, prejudicada*, *Risco de queda* e a *Condição musculoesquelética, prejudicada*, possivelmente que tornam o idoso propenso a problemas de saúde que venham a demandar outras necessidades, como *Eliminar*, *Vestir-se e Despir-se*, *Proteger tegumentos* e *Recrear-se*. Mostra-se, por isso, que deve existir nas ILPIs um programa de manutenção da capacidade funcional, com ações de prevenção de doenças e dos agravos, a promoção da saúde funcional e a reabilitação das limitações de locomoção, objetivando propor autonomia e qualidade de vida aos senescentes institucionalizados.

Dessa forma, percebe-se que a demanda na necessidade de *Mover-se e manter uma boa postura* inter-relaciona-se aos padrões de comorbidades vivenciados, normalmente, pelo idoso. Esses apresentam-se, mais comuns, nas mulheres e nos idosos mais longevos, fato este que, possivelmente, pode acarretar o processo de institucionalização desses indivíduos (OLIVEIRA; TAVARES, 2014).

Portanto, tem-se que a prática de exercícios de fortalecimento muscular e a atividade física regular são medidas de reabilitação e manutenção para o envelhecimento ativo, que traz ao idoso o equilíbrio, reestabelecimento funcional e a prevenção de quedas (SILVA, 2013; AZEVEDO, 2014) assim como, a prática de exercícios passivos em idosos acamados.

As quedas nos idosos são relevantes causas de morbidade e mortalidade nesses indivíduos e estas estão interligadas com as funções de locomoção. Estudo apresenta que as pessoas idosas institucionalizadas estão mais propensas às quedas,

quando comparadas aos idosos que vivem em comunidades, pois acreditam que estes conseguem manter o padrão da capacidade funcional mais íntegro (SOUZA, 2013).

As quedas são consideradas problemas relevantes em idosos, uma vez que reduzem a capacidade funcional, aumenta as chances de mortalidade e são uma das causas da institucionalização dos idosos (SOUSA, 2010). Os fatores que mais apareceram como relevantes para o *Risco de queda* foram: a baixa acuidade visual, limitações na funcionalidade, problemas na marcha e no equilíbrio, uso de múltiplas medicações, presença de múltiplas comorbidades, além de fatores externos de inadequação de infraestrutura, como leitos altos, sem grades de proteção, ambiente sem iluminação adequada, calçados inapropriados e pisos escorregadios.

Destaca-se que o maior quantitativo de diagnósticos de enfermagem encontrados estava voltado para as necessidades do componente biológico/fisiológico, totalizando 207 tipos diferentes de diagnósticos de enfermagem, seguido pelas necessidades do componente psicológico, que totalizou 45 diagnósticos de enfermagem. Em outros estudos, observou-se o mesmo fenômeno (ROCHA; SOUZA; ROZENDO, 2013; OLIVEIRA; TAVARES, 2014; FERNANDES, 2016).

Nesse contexto, observa-se a existência de diversas peculiaridades vivenciadas pelo ser que envelhece, juntamente com desafios presentes na institucionalização. Para tanto, o profissional enfermeiro deve estar vigilante e apto a distinguir e interpretar a heterogeneidade das manifestações do envelhecimento primário e secundário, por meio de uma avaliação global que resgate as condições de necessidades dos idosos. Isso porque, nos indivíduos institucionalizados, essas necessidades são mais notórias. Esse fato torna mais relevante a indispensabilidade do enfermeiro como profissional nesses lares, com a incumbência de um cuidar integral e de qualidade capaz de mensurar as necessidades humanas e de dependência da pessoa idosa institucionalizada (ROCHA; SOUZA; ROZENDO, 2013).

Isso posto, infere-se que a avaliação multidimensional do idoso, focada nas necessidades de cuidado de enfermagem, é imprescindível para uma assistência de qualidade, e esta deve basear-se em conhecimentos gerontogeriátricos, o qual torna possível a construção da padronização da linguagem de enfermagem no cuidado ao idoso (SOUSA, 2010).

No tocante às associações significativas encontradas no presente estudo, identificou-se relação de significância entre a necessidade de *Respirar* com a idade e número de medicamentos, ou seja, quanto mais idoso, mais demanda nessa necessidade, bem como quanto maior o número de medicamentos consumidos, a mesma relação se estabeleceu.

A necessidade de respirar é definida por Henderson (1958) como sendo a necessidade de estar vivo consistindo em captar o oxigênio indispensável à vida e rejeitar o gás carbônico produzido pela combustão celular. As vias respiratórias e os alvéolos pulmonares permeáveis permitem satisfazer esta necessidade.

Destaca-se que as alterações comuns aos idosos como as deformações musculoesqueléticas, as alterações fisiológicas ao nível do aparelho respiratório, do sistema cardiovascular e do sistema nervoso, assim como as doenças crônicas, predis põem essa população a problemas respiratórios diversos (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Com o envelhecimento, ocorre o enfraquecimento dos músculos expiratórios, inspiratórios e a alteração do reflexo da tosse (EBIHARA; EBIHARA; KOHZUKI, 2012). Além disso, no idoso, a redução de dos cílios e a hipertrofia da glândula mucosa dos brônquios complicam ainda mais a capacidade de expelir muco e resíduos. Essas perdas podem ocasionar eventos clínicos indesejáveis que pioram a qualidade de vida e possibilitam internações.

Dentre as alterações do envelhecimento que repercutem na necessidade de respirar do idoso, podemos citar a diminuição da complacência pulmonar que leva a diminuição da troca gasosa, bem como o ressecamento das membranas mucosas do nariz e, portanto, o ar não é umidificado de forma eficiente. Todas essas alterações reduzem a capacidade pulmonar e interferem na função respiratória, resultando em menor habilidade para inspirar e expirar profundamente (WOLD, 2013).

Portanto, com o avançar da idade essas alterações se intensificam e consequentemente o idoso pode apresentar demanda nessa necessidade. Além, da idade avançada, o consumo de múltiplos medicamentos também predis põem a disfunções respiratórias. Os principais responsáveis são os sedativos que, para além de diminuir a mobilidade das pessoas idosas, as privam da energia necessária para

poderem inspirar profundamente e expirar lentamente (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Diante desse achado, salienta-se que a enfermeira deve conhecer as alterações da função respiratória associadas ao envelhecimento e, sobretudo saber que mesmo que não ocasionem problemas de dependência, constituem, pelo menos, fatores de risco. Todavia, os problemas de dependência dos idosos saudáveis são problemas “potenciais”, não apresentam características específicas facilmente identificáveis, mas são influenciados por um conjunto de fatores que diferem de uma pessoa para outra (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Os distúrbios respiratórios, mesmo que mínimos, alteram sempre a qualidade de vida do idoso. Por esta razão, ressalta-se a importância da prevenção que permite intervir rapidamente, antecipando o aparecimento dos problemas e, assim, salvaguardar a autonomia do idoso por mais tempo. Logo, a prevenção desempenha um papel importante para o enfermeiro que cuida de idosos, dado que o objetivo dos cuidados em relação a qualquer problema potencial é a sua prevenção através de intervenções autônomas apropriadas.

Com relação à necessidade de *Comer e Beber*, esta obteve significância estatística com número de comorbidades e número de medicamentos, ou seja, os idosos que possuíam demanda nessa necessidade tinha múltiplas comorbidades e consumiam um maior número de medicamentos.

Trata-se de uma necessidade de todos os seres humanos de ingerir e absorver os alimentos de boa qualidade em quantidade suficiente para assegurar o seu crescimento, a manutenção dos seus tecidos e manter um nível de energia indispensável ao bom funcionamento do seu organismo (HENDERSON, 1958).

Dentre as modificações gastrointestinais oriundas do envelhecimento, podem ser observados uma dilatação do esôfago repercutindo em problemas relacionados à deglutição, diminuição do reflexo faríngeo, diminuição do tônus dos músculos esfinterianos, atrofia das glândulas gástricas e diminuição da secreção gástrica, lentificação da peristalse intestinal e diminuição da percepção da sede (WOLD, 2013).

A satisfação dessa necessidade está muitas vezes limitada pela presença de doenças diversas. As principais doenças que podem afetar os idosos e que estão

associados à necessidade de comer e beber são as relacionadas a problemas musculoesqueléticos, neurológico, digestivos, de dentição, cardiovasculares e hipertensão, osteoporose, diabetes, depressão, demência e anemia (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

O consumo de medicamentos representa também um fator de risco importante, pois o número de medicamentos consumidos pelos idosos é assombroso. Alguns nutricionistas associam a quase totalidade das carências nutricionais dos idosos à absorção de um número elevado de fármacos. Alguns desses medicamentos têm efeitos secundários sobre o apetite, absorção de nutrientes, excreção, circulação e metabolismo corporal. Outros, como diuréticos, produzem uma perda excessiva de vitaminas e sais minerais, ocasionando um déficit de tiamina e potássio que põe em perigo o equilíbrio eletrolítico. Fármacos como as fenotiazinas, antidepressivos, analgésicos, sedativos e soníferos têm efeitos ao nível do gosto e do apetite o que pode também ter a longo prazo efeitos importantes no equilíbrio nutricional (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Ressalta-se que a classe de fármacos mais utilizada pelos idosos do estudo foi a dos psicotrópicos, fato este que influencia diretamente no aparecimento da demanda na necessidade de comer e beber, pois os psicotrópicos sejam eles fenotiazinas, benzodiazepínicos como os antidepressivos, têm efeitos em nível do gosto e aumentando o apetite (ARCAND; HÉBERT, 1987).

Assim, o enfermeiro deve atentar-se para a avaliação do estado nutricional dos idosos e intervir para que o idoso mantenha ou reencontre sua independência ao nível da necessidade de comer e beber. No entanto, dado que os conhecimentos sobre nutrição são cada vez mais complexos, é essencial que o trabalho da enfermeira seja desenvolvido integrado com uma equipe multiprofissional.

Com relação à necessidade de *Eliminar*, esta obteve significância estatística com número de comorbidades. Esta é definida como sendo a necessidade do organismo de se desembaraçar das substâncias prejudiciais ou inúteis que resultam do metabolismo/catabolismo. A excreção dessas substâncias opera-se principalmente pela urina e fezes e também pela transpiração e expiração pulmonar (HENDERSON, 1958).

Tal como a dimensão biofisiológica na necessidade de respirar e de comer e beber, a eliminação é particularmente afetada pelo envelhecimento, particularmente a excreção urinária. As alterações mais comuns do envelhecimento relacionadas à necessidade de eliminar são a diminuição do número de néfrons, diminuição do fluxo sanguíneo nos rins, alteração na taxa de filtração glomerular, redução do tamanho da bexiga, hiperatividade do músculo detrusor e diminuição do tônus muscular da bexiga (WOLD, 2013).

Ainda que o envelhecimento modifique os sistemas urinário e intestinal não podem por si só explicar todos os problemas de dependência do idoso relacionados com a eliminação. As alterações biofisiológicas que afetam os sistemas urinário e intestinal vulnerabilizam o idoso relativamente a distúrbios urinários e/ou intestinais que são potenciados por componentes psicoculturais (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Dessa forma, se o envelhecimento normal dos sistemas urinário e intestinal predis põem o idoso a problemas urinários e ou intestinais, quando o idoso possui um maior número de doenças, não necessariamente as relacionadas diretamente aos sistemas urinário ou intestinal, este tende a apresentar demanda na necessidade de eliminar.

Os sistemas urinário e intestinal são menos frequentemente atingidos por doenças crônicas que o respiratório e locomotor, embora estejam sujeitos às consequências das respectivas doenças crônicas. Certas doenças do sistema intestinal alteram o processo de eliminação, entre elas incluem-se as hemorroidas, diverticulose e neoplasia do intestino (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995). Essas duas últimas podem produzir diarreia, enquanto que as hemorroidas produzem sobretudo constipação, devido à dor produzida no momento da defecação (CARPENITO, 2005), além disso, doenças como depressão e demência também podem afetar essa necessidade.

A depressão afeta o comportamento face à eliminação intestinal e urinária, pois o idoso deprimido não tem energia nem motivação para ir aos sanitários, além disso o idoso quando está deprimido desinteressa-se não somente pelo que a cerca como também pelos sinais emitidos pela bexiga (CARPENITO, 2005). A demência

figura também entre os problemas neurológicos que afetam a eliminação intestinal e urinária, pois o idoso com demência pode não se lembrar do que fazer nos sanitários, pode não sentir necessidade de defecar ou não ser capaz de comunicar essa necessidade. Ademais, devido a lesões nos centros cerebrais superiores, o idoso com demência perde o controle da bexiga, o que tem como consequência as incontinências urinárias espontâneas (CARPENITO, 2005).

As doenças cardiovasculares interferem também na função renal, pois as alterações patológicas dos vasos renais produzem uma diminuição do aporte sanguíneo aos rins e, conseqüentemente, insuficiência renal. Doenças agudas como as pneumonias, as descompensações cardíacas e fraturas de membros inferiores podem afetar essa necessidade devido o seu impacto sobre a mobilidade (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Nesse contexto, salienta-se que as alterações provenientes dos sistemas urinário e intestinal do idoso nem sempre alteram seu funcionamento. No entanto, devido a problemas específicos e comorbidades associadas, os idosos constituem uma população em risco relativamente a alterações da eliminação urinária e intestinal. Destarte, a satisfação dessa necessidade fundamental constitui um grande desafio, não só para os idosos como também para os enfermeiros.

A necessidade de *Mover e manter uma boa postura* obteve significância estatística com a idade, o sexo feminino, em sua maioria, e o número de comorbidades.

As mulheres têm uma maior chance de apresentar osteoporose do que os homens, devido a questões hormonais da pós menopausa e por naturalmente apresentarem uma menor densidade óssea. Outros fatores contribuem para o desenvolvimento da osteoporose, como a idade e o sexo, que estão relacionadas ao maior risco de fraturas. Quanto maior a sobrevivência do idoso, maior o risco de desenvolver a osteoporose, pois com o envelhecimento, o processo da perda da massa óssea é um fato. Em alguns idosos osteoporóticos, essa perda é muito significativa, aumentando o risco de fraturas, principalmente em certas regiões onde o osso possui maior fragilidade e desmineralização óssea, como: quadril, vértebras e antebraço (BANDEIRA; CARVALHO, 2007).

Em relação às comorbidades, Berger e Mailloux-Poirier (1995) afirmam que a mobilidade do osso é afetada por várias doenças, como as das artérias coronárias, vasculares periféricas, arritmias cardíacas, insuficiências cardíacas congestivas, doenças pulmonares crônicas e pneumonias, pois reduzem a oxigenação dos tecidos e diminuem a tolerância à atividade. Além disso, os problemas ligados à artrite, ao reumatismo e à osteoporose, são uma fonte importante de sofrimento.

Portanto, a movimentação e a locomoção são fundamentais para a satisfação de outras necessidades, como alimentar-se, eliminar, cuidar da higiene e do vestuário. Neste sentido, os profissionais da ILPI, em especial os enfermeiros, devem estar capacitados e instrumentalizados para educar o idoso, fazer o diagnóstico rápido e preciso e executar as intervenções mais adequadas com vistas à manutenção de sua independência e satisfação dessa necessidade.

Com relação à necessidade de *Dormir e Repousar*, esta mostrou-se com maior demanda nos idosos que consumiam múltiplos medicamentos e com menor tempo de institucionalização, o que pode ser justificado pela maior adaptação ao ambiente dos idosos que estavam há mais tempo na instituição em detrimento dos de menor tempo de institucionalização.

Henderson (1958) compreende que a necessidade de dormir e repousar refere-se à necessidade de qualquer ser humano de dormir e descansar em boas condições, em quantidade suficiente para permitir que o organismo tenha um rendimento positivo.

As alterações do sono associadas ao processo de envelhecimento podem estar presentes com maior frequência ou gravidade nos residentes das ILPIs (ARAÚJO; CEOLIM, 2010). Sabe-se que um dos inconvenientes dessas instituições é favorecer o isolamento do idoso e sua inatividade física e mental, trazendo consequências negativas à qualidade de vida (CAMARANO; KANSO, 2010).

Uma das principais alterações observadas nessas instituições é a fragmentação do sono, com despertares noturnos frequentes, que podem produzir a sonolência diurna excessiva. Nas ILPIs muitas vezes não há relógios, o que prejudica a noção do tempo cronológico para o idoso. Nessa situação, é a organização das rotinas estipuladas nas ILPIs como a alimentação, a medicação, o banho, as atividades de

lazer que acabam representando a marcação de tempo para os idosos. Atividades sociais, o nascer do dia e o entardecer também podem representar pistas que sinalizam o horário de acordar e o de se recolher nessas instituições (VOYER, 2006).

Supõe-se, portanto, que os idosos que demonstram boa percepção da organização cronológica das rotinas na instituição apresentem menor número de queixas em relação ao sono, quando comparados aos idosos que não conseguem reconhecer a sequência dessas rotinas no tempo. Diante do exposto, o conhecimento da organização cronológica das rotinas diárias e a qualidade do sono de idosos institucionalizados é essencial para subsidiar os profissionais de saúde das ILPIs, em especial os enfermeiros, no planejamento do cuidado em relação à qualidade do sono desses idosos (MANSANO-SCHLOSSER, 2014).

A diminuição de ruídos, a luminosidade, a limpeza do ambiente, a realização de procedimentos invasivos e não invasivos, simples ou complexos, devem ser constantemente monitorizados durante a prestação do cuidado, uma vez são decisivos para a adaptação do indivíduo, promoção do conforto e da otimização da assistência. Identificada a importância do sono, o profissional enfermeiro pode buscar meios de promover o sono de boa qualidade para os seus pacientes e conscientizar os demais profissionais a esse respeito (MANSANO-SCHLOSSER, 2014).

Medicamentos diversos podem agravar os problemas de sono, inclusive os hipnóticos, em especial quando se tenta fazer a sua retirada após uso prolongado (ALESSI, 2005). Os tranquilizantes, hipnóticos, antidepressivos e barbitúricos suprimem o sono e, paradoxalmente, se tomados de forma regular agravam os problemas do sono. Quando suspensos, surgem efeitos secundários como pesadelos, problemas de adormecimento e insônias (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Nessa perspectiva, para que o enfermeiro preste um cuidado de enfermagem de qualidade torna-se necessário inteirar-se da realidade que o cerca, de modo consciente, competente, técnico e científico, sendo imprescindível a reflexão crítica para desenvolver ações a fim de prevenir, minimizar ou resolver os problemas ligados à qualidade do sono e à organização cronológica da rotina dos idosos e do consumo consciente e adequado de medicamentos, a fim de satisfazer essa necessidade.

A necessidade de *Proteger o Tegumento* obteve significância estatística com a idade, número de medicamentos e número de comorbidades. Esta necessidade é compreendida como sendo a necessidade que a pessoa tem de se arranjar, ter uma aparência tratada e manter a pele sã, devendo desempenhar seu papel de proteção contra a introdução de microorganismos e os seus papéis de organismo secretor de substâncias orgânicas lubrificantes e excretor (HENDERSON, 1958).

A pele do idoso sofre diversas e profundas transformações, comuns ao processo natural de envelhecimento: maior fragilidade e redução da eficácia da função de barreira contra fatores externos; termorregulação deficiente em resposta ao calor, decorrente da diminuição do número de glândulas sudoríparas; pele mais seca e rugosa por causa da produção deficiente de óleo, resultante da redução do número de glândulas sebáceas; menor estímulo sensitivo; redução da elasticidade, flacidez, alteração da resposta imunológica celular e diminuição da espessura da derme e da epiderme (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995; ELIOPOULUS, 2011). Essas alterações podem resultar em demandas na satisfação da necessidade de proteger o tegumento, tornando o idoso mais vulnerável aos problemas de dependência.

Em outros estudos realizados em ILPIs, identificou-se que a maioria dos idosos residentes possuíam deficiência na higiene pessoal, situação que pode acometer o idoso ao processo de adoecimento e subsequente limitação na qualidade de vida (ROCHA, 2013; BESTETTI; CHIARELLI, 2012).

Quanto ao uso de medicamentos, os achados desse estudo concordam com outros estudos, como o de Fernandes et al (2012) que ressalta que o uso de múltiplos fármacos em idosos, embora em doses terapêuticas, são favorecedores de úlceras por pressão, especialmente quando considerados seus efeitos adversos, destacando-se os esteroides e os anti-inflamatórios, que afetam, entre outros aspectos, a imunidade e a cicatrização.

Além desses medicamentos, Araújo, Moreira e Caetano (2011) apontam que os analgésicos e sedativos, são outras classes de medicamentos que podem prejudicar a mobilidade, e os anti-hipertensivos favorecem redução na perfusão tissular, condições que podem ampliar o risco de lesão por pressão nos idosos.

Aliado ao consumo de um maior número de medicamentos, as várias comorbidades acabam por deteriorar as funções já alteradas na pele do idoso. O estudo de Fernandes et al (2012) afirmam que entre as comorbidades, as que implicam maior risco estão aquelas relacionadas à redução da capacidade sensorial, da mobilidade e da oxigenação tecidual.

Face ao exposto, os cuidados com a pele do idoso merecem atenção dos enfermeiros de ILPI, devido à sua maior suscetibilidade a alterações na integridade da pele e menor capacidade com relação aos processos de reparação tecidual. O enfermeiro deve considerar, também, o significado atribuído pelos idosos à limpeza e aos meios utilizados para a satisfação dessa necessidade, respeitando seus valores, medos, costumes e hábitos anteriores e sua condição clínica, devendo estar munido de muita sensibilidade para lidar com essas questões (HENDERSON, 1958).

A necessidade de *Evitar Perigos* mostrou significância estatística com o número de comorbidades, indicando que os idosos que possuíam demanda nessa necessidade apresentavam múltiplas comorbidades.

Essa necessidade consiste na necessidade do ser humano de se proteger contra qualquer ameaça (física, psicológica ou social) à integridade de sua pessoa para manter o seu equilíbrio e assegurar uma boa exploração do seu potencial (HENDERSON, 1958).

Com o avançar da idade, ocorrem mudanças que ocasionam a redução da capacidade de adaptação ao meio e preservação da vida pelo idoso. A capacidade de reconhecer e afastar-se do perigo pode se encontrar afetada devido às perdas sensoriais e cognitivas e a fatores de risco ambientais. Além disso, as limitações do sistema musculoesquelético podem predispor o idoso a acidentes, dentro ou fora de casa. Essas alterações podem resultar em demandas na satisfação nessa necessidade, qual seja a necessidade que o ser humano possui de se proteger contra as agressões (internas ou externas) e controlar o ambiente, com vistas a manter sua segurança e integridades física e mental (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

A existência de doenças crônicas complica a resposta fisiológica das pessoas de idade, pois quando diversos sistemas corporais são atingidos ao mesmo

tempo torna-se difícil de avaliar se se trata de uma nova doença ou de uma complicação de um problema já existente (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Frente às demandas na necessidade de evitar perigos, é importante que os enfermeiros de ILPI avaliem as condições do ambiente, identifiquem situações de risco, alertem o idoso e seus cuidadores a estabelecerem um plano conjunto de medidas para prevenir danos à integridade física e mental desta população.

A demanda na necessidade de *Comunicar-se* obteve significância estatística com a idade. Para Henderson (1958) essa necessidade é definida como sendo a necessidade para o ser humano de comunicar com os semelhantes por meio de um processo dinâmico verbal e não verbal que permite às pessoas tornarem-se acessíveis umas às outras, de conseguir reunir sentimentos, opiniões, experiências e informações. Este processo situa-se no contexto interpessoal onde entra em jogo elementos físicos, principalmente os de natureza neurológica.

À medida que o indivíduo envelhece a modificação da rede social, as mudanças fisiológicas a nível sensorial bem como os problemas inerentes ao processo de senescência figuram entre as principais transformações que podem comprometer a independência na satisfação da necessidade de comunicar-se. As alterações na função sexual do idoso e os mitos, tabus e preconceitos que giram em torno da sexualidade na velhice também podem gerar demandas nessa necessidade (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995). Esses problemas são comuns à maioria da população idosa, e merecem importância devido às repercussões negativas que acarretam em seu cotidiano, dificultando as relações sociais e podendo levar ao isolamento social.

A necessidade de comunicação é necessária para o estabelecimento das relações interpessoais, e, com o idoso, o enfermeiro deve ser o facilitador deste processo. E em casos da limitação da comunicação verbal, deve-se desenvolver outras formas de comunicação por decodificação. Além disso, o enfermeiro deve ter a sensibilidade de reconhecer as expressões faciais como forma de comunicação, uma vez que, a ausência de comunicação entre os idosos com os outros indivíduos, como, por exemplo, o enfermeiro, pode acometê-los de agravos à saúde não percebidos e no controle destes (ALMEIDA; CIOSAK, 2013).

A capacidade funcional é considerada um fator indispensável e decisivo no processo de um envelhecimento saudável, que irá auxiliar principalmente no retardo do aparecimento de processos crônico-degenerativos, consequentes da evolução do envelhecimento e agravados ainda mais pela sua institucionalização. Nesse sentido, os resultados apontaram uma relação direta entre o maior grau de dependência e a demanda nas necessidades de *Mover e manter uma boa postura, Vestir-se e Despir-se, Manter a temperatura, Comunicar-se, Ocupar-se e Aprender*.

O estudo de Rocha, Souza e Rozendo (2013) identificou que a locomoção esteve afetada em 62,7% dos idosos residentes, tendo em vista que requeriam orientação e supervisão de enfermagem ao acompanhante para auxílio no uso de artefatos (órteses, próteses, muletas, bengalas, cadeiras de rodas, andadores), encorajamento e supervisão da enfermagem para a deambulação, auxílio da enfermagem no uso de artefatos para a deambulação e assistência efetiva de enfermagem para locomoção devido à restrição no leito. Embora uma diminuição da capacidade de locomoção seja esperada junto aos idosos, é fundamental avaliar-se que nível de incapacidade está sendo apresentado por esses sujeitos, visto que a locomoção reduzida interfere diretamente, tanto no desenvolvimento das atividades diárias, quanto na própria autoestima dos mesmos.

No que diz respeito ao cuidado corporal, igualmente ao estudo de Rocha, Souza e Rozendo (2013) identificou-se que os idosos apresentaram um maior índice de alteração nesse indicador, constituindo como um desafio às ILPIs, visto que a dependência em maior grau dos idosos institucionalizados denota uma atenção especial da enfermagem com relação ao dimensionamento de pessoal, pois isto interfere diretamente na qualidade da assistência de enfermagem prestada.

O autocuidado nos idosos institucionalizados apresenta-se comprometido, totalmente, naqueles idosos acamados. Porém, naqueles que tem a independência parcial, ainda pode observar uma posição satisfatória, principalmente quanto às funções de nutrição, sono e repouso, hidratação, interação social, alteração do ciclo de vida e controle dos eventos adversos de saúde acarretada pela cronicidade das doenças (FROTA, 2012).

Assim, fica clara a importância do enfermeiro na equipe da ILPI, pois além de prestar uma assistência integral e capacitada aos idosos institucionalizados, é capaz de mensurar o nível de dependência dos idosos e sua repercussão na satisfação das necessidades humanas. Conhecendo as demandas de necessidades dos idosos com um nível maior dependência, o enfermeiro pode participar do processo decisório dos serviços, melhorando a alocação de recursos humanos, materiais e tecnológicos.

Dessa forma, os enfermeiros devem estar atentos às alterações que acompanham o processo do envelhecimento, sabendo interpretá-las e distingui-las, avaliando a capacidade funcional e as necessidades apresentadas pelos idosos.

No que concerne aos Diagnósticos/Resultados elaborados, estes tiveram a maior concentração nas necessidades dos componentes biológica/fisiológica e psicológico, corroborando com os achados de outros estudos (OLIVEIRA, 2015; NOGUEIRA, 2014; OLIVEIRA; TAVARES, 2014). Possivelmente, isso é decorrente das manifestações fisiológicas e anatômicas que acometem o indivíduo que envelhece, como também, dos processos de senilidade que favorece as comorbidades e se expressam em necessidades de cuidado.

Diante desse cenário, exige-se do enfermeiro o desenvolvimento de habilidades de avaliação gerontogeriátrica para o correto diagnóstico de enfermagem dos idosos residentes nas ILPIs. É preciso, portanto, sistematizar o cuidado nessas instituições, contribuindo para a prestação de um cuidado integral ao idoso e ressaltando a importância da multidimensionalidade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade no cuidado gerontológico.

Infere-se que a aptidão do enfermeiro das ILPIs para a construção de diagnósticos de enfermagem deve estar atrelada a capacidade de se identificar e se colocar na posição do outrem, desenvolvendo o emocional com o envolvimento e respeito ao ser que necessita de cuidado, como também, ofertar segurança emocional e atenção, dando condições para o enfrentamento positivo da institucionalização (LORENZINI; MONTEIRO; BAZZO, 2013).

Finalmente, a elaboração de enunciados de Diagnósticos/Resultados é uma tarefa complexa da profissão de enfermagem. Contudo, são perceptíveis os benefícios desta prática, uma vez que oferta o respaldo científico na orientação das ações de

cuidados e documentação da prática de enfermagem, contribuindo assim para a visibilidade da Enfermagem diante de outras profissões e da sociedade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou identificar as demandas de necessidades humanas fundamentais de pessoas idosas institucionalizadas, sendo a necessidade de *Mover e manter uma boa postura* a que apresentou maior demanda nessa população. Possibilitou, ainda, a elaboração de 286 enunciados de Diagnósticos/Resultados de enfermagem, baseados na CIPE® 2015 que estiveram associados, em sua maioria, com as necessidades biológicas/fisiológicas, seguida pelas psicológicas, sociais e espirituais.

Encontrou-se, ainda, associação estatística significativa entre: necessidade de respirar com idade ($p=0,03$) e número de medicamentos ($p=0,01$); necessidade de comer e beber com número de comorbidades ($p=0,02$) e número de medicamentos ($p=0,001$); necessidade de eliminar com número de comorbidades ($p<0,0001$); necessidade de mover-se e manter uma boa postura com idade ($p=0,004$), sexo feminino ($p=0,03$) e número de comorbidades ($p=0,005$); necessidade de dormir e repousar com tempo de institucionalização ($p=0,004$) e número de medicamentos ($p=0,03$); necessidade de proteger tegumentos com idade ($p=0,04$), número de medicamentos ($p=0,04$) e número de comorbidades ($p=0,01$); necessidade de evitar perigos com número de comorbidades ($p=0,01$) e necessidade de comunicar-se com idade ($p=0,01$).

Diante dos resultados desse estudo, reflete-se sobre o papel do enfermeiro nas ILPIs, o qual deverá alinhar suas ações de cuidado considerando as peculiaridades do processo de envelhecimento humano, impondo um olhar que vai além do biológico, mas que se extrapola para o psicológico, o social e o espiritual. Com isso, desmistificam-se as ILPIs como lugares onde se depositam idosos abandonados por famílias, para uma rede de apoio e aponta-se para a importância da reestruturação desses ambientes de cuidado, devendo ser uma proposta a ser pautada nas agendas de políticas públicas frente ao envelhecimento populacional.

Conclui-se, por fim, que o enfermeiro, em conjunto aos demais profissionais de saúde, poderá ser colaboradora no processo de cuidado dos idosos que recorrem à institucionalização. Conclui-se também que há uma necessidade de se voltarem

estudos cada vez mais aprofundados a temática da prática de enfermagem em ILPIs, visando otimizar um cuidado pautado em saberes científicos, embasado em teorias de enfermagem e fomentando a utilização de uma linguagem própria da profissão.

Percebeu-se que um cuidado de enfermagem fundamentado em conhecimentos gerontológicos e alinhada ao processo de enfermagem pode influenciar na manutenção do estado de saúde dos idosos institucionalizados, contribuindo para a manutenção da autonomia e para o alcance de uma qualidade de vida, no mínimo, satisfatória nessa população.

Ainda, tem-se que, apesar dos desafios e obstáculos que permeiam a prática do cuidar sistematizado em qualquer ambiente de trabalho em que se desenvolva ado de enfermagem, existe uma necessidade de uma prática construída politicamente sobre saberes teórico-filosófico do cuidar, envolvendo recursos tecnológicos, classificações e teorias de enfermagem para uma assistência individualizada com eficiência, eficácia e efetividade, como proposto pelo estudo.

Nessa perspectiva, além do alcance do desenvolvimento e aprimoramento das terminologias, que se entende como o recurso tecnológico para a sistematização da assistência de enfermagem, propõe uma sensibilização do profissional enfermeiro para a utilização do cuidar sistematizado.

Reforça-se que a utilização da CIPE[®] oportunizou a visibilidade e o desenvolvimento deste sistema de classificação, ainda pouco utilizado na prática de cuidados de enfermagem em ILPI. A utilização de uma linguagem unificada e especializada, com a perspectiva de um cuidar integral com tomada de decisões e raciocínio clínico, almeja o reconhecimento autônomo da profissão de enfermagem, com o intuito de produzir mudanças nos cenários da saúde e na qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas.

As limitações do estudo estiveram relacionadas com a dificuldade na identificação de termos para a elaboração dos enunciados, tendo em vista a estreita semelhança entre alguns termos e a inexistência de definições de outros, na CIPE[®] 2015.

Conclui-se, portanto, que é possível sistematizar as ações de cuidado de enfermagem para a pessoa idosa institucionalizada é possível nos ambientes de

instituição de longa permanência e deve ser estimulada, por conseguinte o desenvolvimento de estudos que versam sobre a temática do uso das terminologias de enfermagem nesses ambientes.

Destarte, pretende-se dar continuidade ao estudo a partir dos resultados alcançados com esta pesquisa com a construção de um subconjunto terminológico da CIPE® para a pessoa idosa institucionalizada.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D.V. Humanização dos cuidados em saúde: ensaio teórico reflexivo fundamentado na filosofia de Emmanuel Lévinas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 767-75, jul./set, 2014.

ALMEIDA, R.T.; CIOSEK, S.I. Comunicação do idoso e equipe de Saúde da Família: há integralidade? **Rev Latino-Am Enfermagem**. v. 21, n. 4. 2013.

ARAÚJO, C.L.O.; CEOLIM, M.F. Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência. **Rev Esc Enferm USP**. v. 44, n. 3, p. 619-26, 2010.

ARAÚJO, T.M.; MOREIRA, M.O.; CAETANO, J.A. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev enferm UERJ**. v.19, p. 58-63, 2011.

ARCAND, M.; HÉBERT, R. **Précis pratique de geriatrie, Saint-Hyacinthe**, Edisem, p.514, 1987.

AZEVEDO, L.M.; OLIVEIRA, K.M.V.; NUNES, V.M.A.; ALCHIERI, J.C. Losses of functional capacity in elderly institutionalized in the city of Natal/Rio Grande do Norte. **J res fundam care online**. v. 6, n. 2, p. 485-492, 2014.

BANDEIRA F.; CARVALHO E. F. Prevalência de osteoporose e fraturas vertebrais em mulheres na pós-menopausa atendidas em serviços de referência. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 10, n.1, 2007.

BARBOSA, R.A.S.R. **Qualidade de vida, suporte familiar, comorbidades e polifarmácia em idosos institucionalizados com e sem sintomas de depressão**, 2015 115f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde e Sociedade) – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró-RN. 2015.

BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. **Pessoas Idosas: uma abordagem global**. Tradução: MADEIRA, M. A et al. Lisboa: Lusodidacta; 1995.

BESTETTI, M.L.T.; CHIARELLI, T.M. Planejamento criativo em Instituições de Longa Permanência para Idosos: estudo de caso em Foz do Iguaçu-PR. **Persp em Gestão & conheç**. v.2, n. 1, p. 36-51, 2012.

BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1131-41. 2006.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada-RDC 283**, 2005.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Censo Demográfico 2010.** Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

_____. **Portaria n. 810.** Aprova as normas e padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos. Diário Oficial da União, Brasília, 27 set.. Seção 1, p. 17297-8, 1989

_____. Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicações, Subsecretaria de Edições Técnicas. **Estatuto do idoso e normas correlatas.** Brasília: Senado Federal; 2004.

BRODERICK, E. Prescribing patterns for nursing home residents in the US. The reality and the vision. **Drugs Aging.** v.11, n. 4, p. 255-60, 1997.

CAMACHO, A.C.L.F; COELHO, M.J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v.63, n.2, p.279-84, mar./abr. 2010.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.** v. 27, n.1, p. 232-5. 2010.

CARLI, L.; KOLANKIEWICZ, A.C.B.; LORO, M.M.; ROSANELLI, C.L.S.P.; SONEGO, J.G.; STUM, E.M. Sentimentos e percepções de idosos residentes em uma instituição asilar. **R. pesq.: cuid. fundam.** v.4, n.2 p. 2868-77. 2012.

CARLSON, J.E.. **Perils of polypharmacy:** 10 steps to prudent prescribing. *Geriatrics.* v. 5, n. 7, p.26-35, 1996.

CARPENITO, L.J. **Diagnóstico de enfermagem:** aplicação à prática clínica. 10. ed. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 2005.

CASTRO, S.D. Perfil sócio demográfico, mental e funcional de idosos institucionalizados da cidade de Caldas Novas. **Revista Eletrônica Saúde e Ciência.** v. 2, n.1, p.78-102, 2012.

Conselho Estadual dos Direitos do Idoso. **Instituições de longa permanência para idosos existentes no ceará.** Colaboradora: Maria do Socorro Pinto de Carvalho, 2014.

COELHO, F.J.M.; MARCOPITO, L.F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev Saude Publica.** v. 38, n. 4, p. 557- 64. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n. 358**, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem. Brasília, 2009.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Classificação internacional para a prática de enfermagem- versão 2015**. Tradução: Telma Ribeiro Garcia, Centre for ICNP® Research and Development of the Federal University of Paraiba, 2015.

_____. **Classificação internacional para a prática de enfermagem – CIPE® Versão 1.0**. Tradução Heimar de Fátima Marin. São Paulo: Argol, 2007.

_____. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE® Versão 2**. Tradução Hermínia Castro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011b.

_____. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- versão 2.0**. Tradução: Heimar de Fátima Marin. São Paulo: Argol, 2011.

CORDEIRO, L.M.; PAULINO, J.L.; BESSA, M.E.P.; BORGES, C.L.; LEITE, S.F.P. Qualidade de vida do idoso fragilizado e institucionalizado. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 28, n. 4, p. 361-366. 2015.

CREUTZBERG, M.; GONÇALVES, L.H.T.; SANTOS, B.L.; SANTOS, S.S.C.; PELZER, M.T. et al. Acoplamento estrutural das instituições de longa permanência para idosos com sistemas sociais do entorno. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 32, n. 2, p. 219-25. 2011.

CREUTZBERG, M.; GONÇALVES, L.H.T.; SOBOTTKA, E.A. Instituição de longa permanência para idosos: a imagem que permanece. **Texto Contexto Enferm**., v. 17, n. 2, p. 273-9, 2008.

CUBAS, M.R.; SILVA, S.H.; ROSSO, M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. **Rev Eletr Enf**., v. 12, n. 1, p. 186-94. 2010

DAL SASSO, G.T.M.; BARRA, D.C.C.; PAESE, F.; ALMEIDA, S.R.W.; RIOS, G.C.; MARINHO, M.M. et al. Processo de enfermagem informatizado: metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 47, n. 1, p. 242-249. 2013.

DANILOW, M.Z.; MOREIRA, A.C.S. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. **Comunicação em ciencias da saúde**. v.18, n.1, p.9-16, 2007.

DUARTE, Y. A. O.; PAVARINI, S. C. I. Qualificação de Pessoal. In: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. 1998. **Consensos e recomendações...** São Paulo. p. 66-73, 1998.

EBIHARA, S.; EBIHARA, T.; KOHZUKI, M. Effect of Aging on Cough and Swallowing Reflexes: Implications for Preventing Aspiration Pneumonia. **Lung**. v.190, n. 1, p. 29-33, 2012.

ELIOPOULUS, C. **Enfermagem Gerontológica**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FERNANDES, B.K.C. *et al.* Nursing Diagnoses Using the International Classification for Nursing Practice (ICNP®) for Institutionalized Elderly. **International Archives of Medicine**. v. 9, n. 209. 2016.

FERNANDES, M.G.M.; COSTA, K.N.F.M.; SANTOS, S.R.; PEREIRA, M.A.; OLIVEIRA, D.S.T.; BRITO, S., Risco para úlcera por pressão em idosos Hospitalizados: aplicação da escala de Waterlows. **Rev. enferm. UERJ**. v. 20, n. 1, p. 56-60, 2012.

FREITAS, M.C.; PEREIRA, R.F.; GUEDES, M.V.C. Diagnósticos de Enfermagem em idosos dependentes residentes em uma instituição de longa permanência em Fortaleza-CE. **Cienc Cuid Saude** v. 9, n. 3, p. 518-26. 2010.

FROTA, N.M.; SANTOS, Z.M.S.A.; SOARES, E.; MOURA, J.M.G.; COSTA, A.C.; CAETANO, J.Á.. Déicits de autocuidado de idosas institucionalizadas. **Rev Rene**. v.13, n. 5, p. 983-94, 2012.

FURUKAWA, C. Y.; HOWE, J. K. **Virginia Henderson**. In: GEORGE, J. B. Teorias de enfermagem: fundamentos à prática profissional. Tradução Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, p.59-72. 2000.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. A terminologia CIPE® e a participação do Centro CIPE® brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. esp., p. 142-50, 2013.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7. ed.. São Paulo: Perspectiva, 2001.

GONZÁLEZ. **Revista Cubana de Enfermería**, Havana, v. 11, n. 2, p. 9-10, maio/ago. 1995.

GULLICH, I. **Prevalência e fatores associados à ocorrência de depressão na população idosa do município de Arroio Trinta, SC**. 2014, 105f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Pública Baseada em Evidências) - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

HANLON, J.T.; WANG, X.; GOOD, C.B.; ROSSI, M.I.; STONE, R.A.; SELMA, T.P.; HANDLER, S.M. Racial differences in medication use among older, long-stay Veterans Affairs nursing home care unit patients. **Consult Pharm**. v. 24, n. 6, p. 439-46, 2009.

HENDERSON, V. **La naturaleza de la enfermería**: reflexiones 25 años después. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1994. 115p.

_____. **Principios basicos de los cuidados de enfermería.** Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1961. 56p.

_____. Principios fundamentales de los cuidados de enfermería. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, v.44, n.3, p.217-220, 1958.

_____. **The concept of nursing.** J. Adv. Nurs., v.53, n.1, p.21-34, 2006.

_____. **The nature of nursing.** New York: Macmillan; 1966, p.15.

_____. **Consejo Internacional de Enfermeras Principios y prácticas de enfermería.** Ginebra, 1971. 63p.

HICKMAN, J. S. **Introdução à teoria da enfermagem.** In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: fundamentos à prática profissional.** Tradução Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, p.11-20. 2000.

HOSIA-RANDELL, H.M.; MUURINEN, S.M.; PITKÄLÄ, K.H. Exposure to potentially inappropriate drugs and drug-drug interactions in elderly nursing home residents in Helsinki, Finland: a cross-sectional study. **Drugs Aging.** v. 25, n. 8, p. 683-92, 2008.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **Partnering with individuals and families to promote adherence to treatment: ICNP® Catalogue.** Geneva: ICN, 2008.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. **ISO 18.104:** Health informatics Categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems, 2014.

ISAACS, B. **The giants of geriatrics:** a study of symptoms in old age. An inaugural lecture delivered in the University of Birminham, p. 1-13, 1976.

JESUS, I.S.; SENA, E.L.S.; MEIRA, E.C.; GONÇALVES, L.H.T.; ALVAREZ, A.M. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. **Rev Gaúcha Enferm,** v. 31, n. 2, p. 285-92. 2010.

LENARDT, M.H.; MICHEL, T.; WACHHOLZ, P.A.; BORGHI, Â.S.; SEIMA, M.D. O desempenho de idosas institucionalizadas no miniexame do estado mental. **Acta paul. Enferm;** v. 22, n. 5, p.638-644, 2009.

LEOPARDI, MT. **Teoria e método em assistência de enfermagem.** 2. ed. Florianópolis: Soldasof: 2006.

LOPES, F.L; TIER, C.G; LUNARDI, Filho W; SANTOS, S.S.C. Diagnóstico de enfermagem de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Cien Cuid Saúde,** v. 6, n. 1, p. 59-67, jan./mar. 2007.

- LORENZINI, E.; MONTEIRO, N.D.; BAZZO, K. Instituição de Longa Permanência para Idosos: atuação do enfermeiro. **Rev Enferm UFSM**. v.3, n. 1, p. 345-52, 2013.
- LUCCHETTI, G.; GRANERO, A.L.; PIRES, S.L.; GORZONI, M.L. Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.13, n. 1, p. 51-58, 2010.
- MACHADO, L.; QUEIROZ, Z. V. **Negligência e maus tratos**. In: FREITAS, E.V. et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1152-9. 2006.
- MANSANO-SCHLOSSER, T.C.; SANTOS, A.A.; CAMARGO-ROSSIGNOLO, S.O.; FREITAS, D.C.C.V.; LORENZ, V.R.; CEOLIM, M.F. Idosos institucionalizados: organização cronológica das rotinas diárias e qualidade do sono. **Rev. bras. enferm.** v. 67, n. 4, p. 610-616, 2014.
- MATA, L.R.F.; SOUZA, C.C.; CHIANCA, T.C.M.; CARVALHO, E.C. Elaboração de diagnósticos e intervenções à luz de diferentes sistemas de classificações de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 46, n. 6, p. 1512-1518. 2012
- MEDEIROS, A.C.T. **Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para idosos**: proposta de subconjunto terminológico da CIPE®.2011, 127f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.
- MEDEIROS, A.L.; ABRANTES, R.M.; SANTOS, S.R.; NÓBREGA, M.M.L. Sistematização da Assistência de Enfermagem como um processo de trabalho da enfermagem: uma reflexão crítica. **Rev enferm UFPE**. v. 4, n. 3, p. 1571-76. 2010.
- MEDEIROS, F.A.L. **Processo de cuidar em instituições de longa permanência de idosos**: (re) pensando a função dos cuidadores. 2014, 162f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014
- MORAES, E.M.; MARINO, M.C.A.; SANTOS, R.R. Principais Síndromes geriátricas. **Rev Med Minas Gerais**. v. 20, n. 1, p. 54-6, 2010.
- NERI, A.L. (Org.). **Palavras-chave em Gerontologia**. São Paulo: Alínea, 2008.
- NÓBREGA, M.M.L, SILVA K.L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. Belo Horizonte (MG): ABEn; 2009.
- NOGUEIRA, L.G.F. **Subconjunto terminológico da CIPE® para pessoas com diabetes mellitus na atenção especializada**. 2014, 115f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

OLIVEIRA J.M.M.; CIRINO, I.D.; LIMA, H.C.F.; MEDEIROS, R.A.; LIMA, V.M.; MENEZES, R.M.P. Morbidade em idosos residentes em Instituição de Longa Permanência. **Rev enferm UFPE on line**. v.6, n. 11, p.2679-87, 2012.

OLIVEIRA, J.M.M.; NÓBREGA, M.M.L.; OLIVEIRA, J.S. Nursing Diagnosis and Results for the Institutionalized Elderly: A Methodological Study. **Online braz j nurs**. v. 14, n. 2, p. 110-20. 2015.

OLIVEIRA, P.B.; TAVARES, D.M.S. Health conditions of elderly residents in Long-stay Institution second basic human needs. **Rev Bras Enfer**; v. 67, n. 2, p. 241-246. 2014. Orem em comunicações científicas de Enfermagem Brasileira.

PAVARINI, S. C. I.; NERI, A. L. **Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar:** conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, p. 49-70, 2000.

PIZARRO, R.A.S. **A importância da atuação do profissional enfermeiro na qualidade de vida dos idosos institucionalizados:** uma avaliação qualitativa nas casas de repouso da Cidade de São Paulo. 2004, 89f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de Santa Catarina, Santa Catarina, 2004.

POLARO, S.H.I.; FIDERALINO, J.C.T.; NUNES, P.A.O; FEITOSA, E.S.; GONÇALVES, L.H.T. Idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belém-PA. **Rev. bras. geriatr. Gerontol**. v.15, n. 4, p. 777-784. 2012.

POLIT DF, BECK C, HUNGLER BP. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

RAMALHO, J.M.N.; BEZERRA, P.A.P.L.; NÓBREGA, M.M.L.; SOARES, M.J.G.O.; FERNANDES, M.G.M. Nursing assistance systematization: terms, theoretical referential and phases of nursing process. **Rev Enferm UFPE**, v. 6, n.7, p. 2617-24. 2012.

REIS, K.M.C.; JESUS, C.A.C. Cohort study of institutionalized elderly people: fall risk factors from the nursing diagnosis. **Rev. latinoam. enferm**. v. 23, n. 6, p. 1130-1138. 2015.

ROCHA, L.S.; SOUZA, E.M.S.; ROZENDO, C.A. Basic human needs and nursing care dependency of institutionalized elders. **Rev Eletr Enf** . v. 15, n. 3, p. 722-30. 2013.

RODRIGO, M.T.L.; FERRÍN, C.F.; GÓMEZ, M.V.N. **De la teoría a la práctica:** el pensamiento de virginia henderson em elsiglo, 3.ed. Barcelona: Elsevier Masson, 2005.

RODRIGUES, N. C.; RAUTH, L. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 106-110, 2002.

SANTOS, I.; SARAT, C. N. F. Modalidades da aplicação da teoria do autocuidado de Orem em comunicações científicas de Enfermagem Brasileira. **Rev. enferm. UERJ**, v.16, n.3, p. 313-8, jul./set. Rio de Janeiro, 2008.

SANTOS, S.; SILVA, B.T.; BARLEM, E.L.D.; LOPES, R.S. O papel do enfermeiro na Instituição de longa permanência para idosos. **Rev Enferm UFPE**. v.2, n. 3, p. 291-99. 2008.

SANTOS, S.S.C.; CAVALHEIRO, B.C.; SILVA, B.T.; BARLEM, E.L.D.; FELICIANI, A.M.; VALCARENGHI, R.V. Avaliação multidimensional do idoso por enfermeiros: Brasileiros: uma revisão integrativa. **Cienc Cuid Saude**. v. 9, n. 1, p. 129-36. 2010.

SANTOS, S.S.C.; TIER, C.G.; SILVA, B.T.; BARLEM, E.L.D.; FELLICIANNI, A.M.; VALCARENGUI, F.V. Diagnósticos e intervenções de Enfermagem para idosos deprimidos e residentes em uma instituição de longa permanência. **Enfermaria Global**, v. 20, p.1-14, 2010.

SANTOS, S.S.C.; TIER, C.G.; SILVA, B.T.; BARLEM, E.L.D.; FELLICIANNI, A.M.; VALCARENGUI, F.V. Diagnósticos e intervenções de Enfermagem para idosos deprimidos e residentes em uma instituição de longa permanência. **Enfermaria Global**, v.20, p.1-14, 2010.

SAVONITTI, B. H. R. A. **Qualidade de vida de idosos institucionalizados**. 2000. [s. f.]. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SILVA, A.E.C.; MENEZES, E.A.G.; COELHO, T.O.A.; MORAES, E.M. Aspectos bio-psico-sociais dos idosos institucionalizados na Casa do Ancião da Cidade Ozanan, In: ENCONTRO DE EXTENSÃO DA UFMG, **Anais...** Belo Horizonte. 2005.

SILVA, B.T.; SANTOS, S.C. Cuidados aos Idosos institucionalizados- opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. **Acta Paul Enferm.**, v. 23, n. 6, p. 775-81. São Paulo, 2010.

SILVA, L.C.; DIAS, F.A.; ANDRADE, E.V.; LUIZ, R.B.; MATTIA, A.L.; BARBOSA, M.H. Impaired physical mobility in institutionalized elderly. **J res fundam care online**. v. 5, n. 3, p.346-353, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Instituição de longa permanência para idosos**. São Paulo: Imprensa Oficial, 40 p. 2003.

SOUSA, R.M.; SANTANA, R.F.; SANTO, F.H.E.; ALMEIDA, J.G.; ALVES, L.A.F. Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátricas. **Esc Anna Nery**. v. 14, n. 4, p. 732-41, 2010.

SOUZA, C.G.; VALMORBIDA, L.A.; OLIVEIRA, J.P.; BORSATTO, A.C.; LORENZINI, M.; KNORST, M.R.; MELO, D.; MARION CREUTZBERG, M.; RESENDE, T.L. Mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Rev bras geriatr gerontol.** v.16, n. 2, p. 285-93, 2013.

TANNURE, M.C.; PINHEIRO, A.M. **Sistematização da assistência de enfermagem guia prático..** Guanabara Koogan, 2 ed, 298 p. Rio de Janeiro, 2010.
v.16, n.3, p.313-8, jul./set. Rio de Janeiro, 2008.

VALCARENGHI, R.V. **Funcionalidade, cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas na cidade do Rio Grande/ RS.** 2009, 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2009.

VOYER, P.; VERREAULT, R.; MENGUE, P.N.; MORIN, C.M. Prevalence of insomnia and its associated factors in elderly long-term care residents. **Arch Gerontol Geriatr.** v.42, n. 1, p. 1-20, 2006.

WOLD, G. H. **Enfermagem Gerontológica.** Tradução de Ana Helena Pereira Correia et al. Rio de Janeiro, Elsevier, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES DE IDENTIFICAÇÃO		
Nome do residente:	Data da coleta:	
	Precedente de: () casa () lar de idosos () Hospital Psiquiátrico () Hospital geral () outros: _____	
Idade:		
Sexo: () Masc () Fem	Estado civil: () Casado () Solteiro () Viúvo	
Raça: () Branco () Negro () Pardo	Data de admissão na instituição: __/__/__	
SEÇÃO B – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO TOTAL		
Morbidades:	Tabagista: () Sim _____ anos () Não	
	Consumo de álcool: () Sim _____ anos () Não	
	Internação hospitalar:	
	Alergias:	
	Infecções atuais: () Sim () Não	
Medicações em uso:	Histórico de infecções:	
NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS		
RESPIRAR		
Frequência Respiratória Ausculta pulmonar Expectoração Tosse Simetria e esforço respiratório Coloração pele/mucosas Padrão respiratório Histórico de doenças respiratórias anteriores e atuais Avaliação torácica (ausculta cardíaca)	_____ ipm ☐ MV ☐ Roncos ☐ Estertores ☐ Sibilos ☐ Sim ☐ Não Características: ☐ Sim ☐ Não Características:	DE

Avaliação		
COMER E BEBER		
IMC P:_____Kg X Altura:_____m Acesso aos alimentos Apetite Boca(lesões, próteses, falhas, xerostomia) Mastigação Deglutição Ganho súbito de peso Perda súbita de peso Hábito de ingestão de alimentos Intolerância alimentar/queixas Padrão alimentar	Condições de hidratação da mucosa oral Hábitos de ingestão de líquidos Perda de líquido Retenção de líquido Turgidez da pele	DE
Avaliação		
ELIMINAR		
Hábitos de diurese Hábitos intestinais Náusea/Vômito Continência Uso de laxantes Abdome Transpiração Expectoração (tosse)		DE
Avaliação		
MOVER-SE E MANTER UMA BOA POSTURA		

PA: ____X____ mmHg P: ____ bpm Deambulação Alterações musculoesqueléticas Postura Força muscular Equilíbrio Hábito de atividades físicas Tolerância à atividade Quedas Calçados	DE
Avaliação	
DORMIR E REPOUSAR	
Hábito de sono (horas de sono) Características do sono Características do repouso Disposição para realizar as atividades Uso de medicamentos para dormir	DE
Avaliação	
VESTIR-SE E DESPIR-SE	
Dependência para vestir-se/despir-se Apresentação pessoal Autocuidado Condições do vestuário (usa roupas adequadas condizente com o clima?) Exigências do pudor (protege a intimidade sexual?) Ideologia ou estatuto social.	DE
Avaliação	
MANTER A TEMPERATURA DENTRO DOS LIMITES NORMAIS	
T: ____ °C Queixas	DE
Avaliação	
PROTEGER O TEGUMENTO	
Higiene corporal Higiene do couro cabeludo	DE

Higiene Oral/ diária Aparência Características da pele (lesões) Integridade das mucosas Exposição (sol, substâncias, calor) Banho (dependência) Capacidade para autocuidado	
Avaliação	
EVITAR OS PERIGOS AMBIENTAIS	
Desconfortos (dor) Lesão física Nível de consciência Função cognitiva e motora/emoção/ atenção Orientação (tempo e espaço) Avaliação Pupilar (reação à luz, tamanho) Uso de óculos	DE
Avaliação	
COMUNICAR-SE	
Características da fala (distúrbios) Audição Coerência no discurso Função neurológica: Relações com as pessoas	DE
Avaliação	
AGIR SEGUNDO CRENÇAS E VALORES	
Religião Sentimento de fé Hábitos religiosos Significado da vida	DE

Enfrentamento de situações Mecanismos de adaptação ou defesa Crenças de saúde Padrão de tomada de decisão	
Avaliação	
OCUPAR-SE PARA SE REALIZAR	
Profissão/ocupação anterior Desejos / sentimentos / Autoestima Desempenho de papéis Distribuição de tarefas Satisfação com o desempenho de papéis	DE
Avaliação	
RECREAR-SE	
Hábitos de atividades de lazer Participação nas atividades Preferências de recreação e lazer Equipamentos e recursos sociais para atividades de recreação e lazer Acesso a atividades de recreação e lazer Interação social Habilidades manuais e artísticas Oportunidade para expressão de criatividade	DE
Avaliação	
APRENDER	
Escolaridade Capacidade cognitiva (MEEM) Conhecimento sobre a própria saúde Comportamento de busca de saúde Acesso a informação sobre cuidados de saúde	DE
Avaliação	

--

Responsável pela coleta

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o(a) senhor(a) para participar da pesquisa intitulada “DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE ENFERMAGEM DA CIPE® PARA PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS”. O estudo tem como objetivos: Identificar as demandas de necessidades da pessoa idosa institucionalizada, utilizando o modelo teórico de Virginia Henderson e Elaborar enunciados Diagnósticos/ Resultados de enfermagem da CIPE® para pessoas idosas institucionalizadas. O (a) senhor(a) terá plena liberdade para aceitar ou não o convite, para participar, assim como, de permanecer ou não no estudo sem nenhum prejuízo para o atendimento do serviço. A participação do(a) senhor(a) ocorrerá em apenas um momento onde responderá a algumas perguntas que a entrevistadora lhe fará. A entrevista tem duração média de 20 minutos. O estudo visa contribuir na produção de conhecimentos relativos ao cuidado a pessoa idosa institucionalizada para a melhoria dos cuidados a essa população. Os riscos desta pesquisa poderão ser: constrangimento em expor parte de seu corpo, receio em comunicar algo de sua vida. Para minimizá-los, o(a) senhor(a) será recebido(a) em consultório de modo a garantir a privacidade, além disso estarei à disposição para ajuda-lo(a). Se mesmo assim o(a) senhor(a) permanecer com algum receio, a entrevista ou exame físico será suspensa e a continuidade ficará a seu critério. O(a) senhor(a) será beneficiado com informações sobre seu estado geral de saúde, orientações para prevenção de doenças e complicações. Não haverá pagamento para a sua participação assim como o(a) senhor(a) não terá nenhum ganho em dinheiro com o estudo. Garantimos sigilo sobre sua identidade e as informações prestadas serão utilizadas exclusivamente para fins de estudo, ou seja, preparação da Dissertação do Curso de Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, de trabalhos para apresentação em eventos científicos e artigos para publicação. Solicito, também, sua autorização para publicar o estudo, mantendo a garantia do uso de suas informações somente para fins científicos. Para maiores esclarecimentos: ligue (85) 987088646 -Bruna ou para o Comitê de Ética/UECE -31019890.

Eu, _____ declaro que fui informado(a) acerca dos objetivos deste estudo e concordo em participar, voluntariamente do mesmo, desde que eu tenha assegurado o direito, sem nenhum prejuízo a minha pessoa, de não continuar participando se assim o desejar. Estou ciente de que minha identidade será mantida em sigilo e os depoimentos prestados e os dados obtidos serão utilizados cientificamente. Estou ciente, também, que NÃO receberei pagamento ou gratificação pela minha participação no estudo.

Fortaleza, ____/____/____

Bruna Karen Cavalcante Fernandes

Profª. Dra. Maria Célia de Freitas

Assinatura do Participante



Impressão do dedo polegar
Caso não saiba assinar

ANEXO

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO

	UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE ENFERMAGEM DA CIPE® PARA PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

Pesquisador: Bruna Karen Cavalcante Fernandes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54617616.6.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.600.618

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda para inclusão do termo de fiel depositário, pois a pesquisadora precisará consultar os prontuários dos idosos institucionalizados. O estudo será exploratório descritivo fundamentado na CIPE® versão 2015 e na teoria das

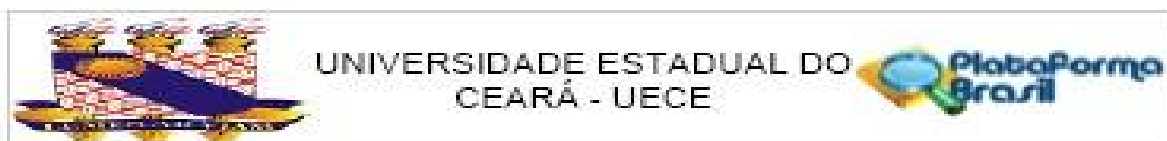
Necessidades Humanas Fundamentais de Virginia Henderson, a ser realizado em uma instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), pertencente ao município de Fortaleza-CE. A população e a amostra serão compostas por todos os idosos residentes na ILPI (N= n = 226). Etapas do estudo: Identificação das demandas de necessidades humanas fundamentais dos idosos residentes nas ILPI's e elaboração dos enunciados de Diagnósticos/Resultados de Enfermagem. Além disso, serão aplicadas: Escala de Depressão Geriátrica, Escala de Atividades Básicas de Vida Diária e o Mini Exame do Estado Mental.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Identificar as demandas de necessidades da pessoa idosa institucionalizada, segundo Virginia Henderson.

Objetivo Secundário:

Endereço: Av. Elias Munguba, 1700			
Bairro: Itaperi		CEP: 60.714-903	
UF: CE	Município: FORTALEZA		
Telefone: (85) 3101-8830	Fax: (85) 3101-8808	E-mail: cep@uece.br	



Continuação do Parecer: 1.800.818

Elaborar enunciados Diagnósticos e Resultados de enfermagem da CIPE® para a pessoa idosa institucionalizada

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos aos quais os participantes poderão estar expostos serão: constrangimento em expor parte de seu corpo, receio em comunicar algo de sua vida. Para minimizar tais riscos, os participantes serão recebidos em consultório de modo a garantir a privacidade, além disso a pesquisadora se colocará à disposição para ajudar o idoso que esteja sofrendo. Se mesmo assim o participante permanecer com algum receio a entrevista ou exame físico será suspensa e a continuidade ficará a critério do pesquisado.

Benefícios:

Os participantes serão beneficiados com informações sobre seu estado geral de saúde, orientações para prevenção de doenças e complicações.

Além disso, este estudo visa contribuir na produção de conhecimentos relativos ao cuidado a pessoa idosa institucionalizada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para o contexto assistencial, podendo contribuir para a melhoria do cuidado prestado ao idoso.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PS_INFORMAÇÕES_BASICAS_723841	22/05/2016		Aceito

Endereço: Av. Sias Munguba, 1700

Bairro: Naperi

CEP: 60.714-903

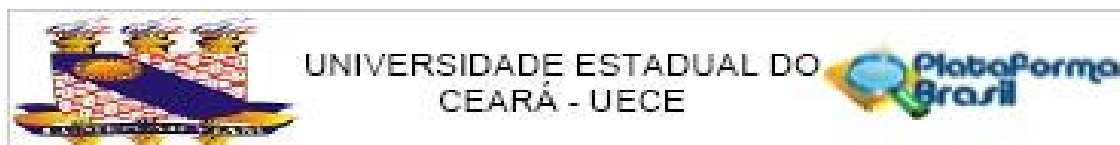
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9990

Fax: (85)3101-9906

E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 1.600.818

Básicas do Projeto	E1.pdf	13:53:32		Aceito
Outros	temodefeidepositario.jpeg	22/05/2016 13:52:11	Bruna Karen Cavalcante Fernandes	Aceito
Outros	Emenda.pdf	22/05/2016 13:47:09	Bruna Karen Cavalcante Fernandes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEoficial.docx	03/03/2016 00:19:23	Bruna Karen Cavalcante Fernandes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuencialPIoficial.pdf	26/02/2016 23:52:09	Bruna Karen Cavalcante Fernandes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOOFICIAL.doc	26/02/2016 23:45:07	Bruna Karen Cavalcante Fernandes	Aceito
Orçamento	Orcamentooficial.docx	26/02/2016 23:40:55	Bruna Karen Cavalcante Fernandes	Aceito
Cronograma	cronogramaoficial.docx	26/02/2016 23:39:28	Bruna Karen Cavalcante Fernandes	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	26/02/2016 23:38:15	Bruna Karen Cavalcante Fernandes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 17 de Junho de 2016

Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador)

Endereço: Av. Sítio Manguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9350

Fax: (85)3101-9905

E-mail: cep@uece.br