



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

**JORGE WILKER BEZERRA CLARES**

**PROPOSTA DE SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA A PRÁTICA  
CLÍNICA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA**

**FORTALEZA – CEARÁ**  
**2014**

JORGE WILKER BEZERRA CLARES

PROPOSTA DE SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA A PRÁTICA  
CLÍNICA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA

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

Linha de Pesquisa: Fundamentos e Práticas do Cuidado Clínico em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Profa. PhD. Maria Célia de Freitas

FORTALEZA – CEARÁ  
2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Clares, Jorge Wilker Bezerra.

Proposta de subconjunto terminológico da CIPE® para a prática clínica de enfermagem ao idoso na Atenção Básica [recurso eletrônico] / Jorge Wilker Bezerra Clares. - 2014.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 128 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, 2014.

Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde .

Orientação: Prof.ª Ph.D. Maria Célia de Freitas.

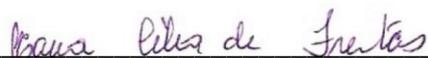
1. Enfermagem. 2. Idoso. 3. Terminologia. 4. Classificação. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

JORGE WILKER BEZERRA CLARES

PROPOSTA DE SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA A PRÁTICA  
CLÍNICA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA

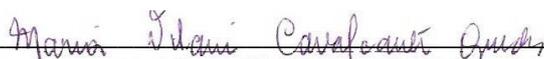
Aprovada em: 04/12/2014.

BANCA EXAMINADORA



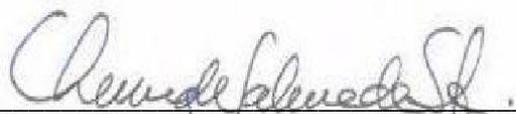
---

Profa. Dra. Maria Célia de Freitas  
Universidade Estadual do Ceará/UECE  
Orientadora



---

Profa. Dra. Maria Vilani Cavalcante Guedes  
Universidade Estadual do Ceará/UECE  
1º Membro Efetivo



---

Profa. Dra. Lúcia de Fátima da Silva  
Universidade Estadual do Ceará/UECE  
2º Membro Efetivo

---

Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega  
Universidade Federal da Paraíba/UFPB  
Membro Suplente

Dedico este trabalho aos idosos acompanhados na Atenção Básica. 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 torna possível o impossível e que sempre iluminou os meus passos durante esta caminhada.

Aos meus pais, pois sem seus sacrifícios e empenho por fornecer uma educação de qualidade a mim e meus irmãos esse sonho talvez não fosse possível.

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.

Aos colegas enfermeiros do Programa de Neuroreabilitação em Lesão Medular do Hospital Sarah de São Luís, principalmente à Liderança, Enfa. Letícia, e aos colegas enfermeiros Danúbia, Giselle, Luiziana, Denise, Thaís, Samantha, John e Marlúcia, pelo acolhimento, carinho e incentivo para a conclusão deste projeto.

À Dra. Maria Vilani Cavalcante Guedes, pelo carinho, amizade e compartilhamento de saberes sempre presentes na minha trajetória acadêmica.

Às professoras Dra. Lúcia de Fátima da Silva e Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega, por aceitarem participar da banca examinadora e pela valiosa contribuição oferecida na avaliação desta pesquisa.

Ao GRUPEESS, especialmente à Linha de Pesquisa Cuidado Clínico de Enfermagem ao Idoso e Prática Educativa, pelo crescimento coletivo que alcançamos nesse período.

Ao grupo de enfermeiros que participaram da validação desta pesquisa o meu agradecimento.

As trocas de experiências foram valiosas.

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

A todos vocês muito obrigado!

## RESUMO

CLARES, J. W. B. **Proposta de subconjunto terminológico da CIPE<sup>®</sup> para a prática clínica de enfermagem ao idoso na Atenção Básica**. Fortaleza, 2014. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde). Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, 2014.

O envelhecimento populacional tem representado um desafio para a saúde pública, suscitando a preocupação com a qualidade dos cuidados ofertados ao idoso e a busca de estratégias que proporcionem a melhoria da assistência a essa população. Nesse contexto, a Atenção Básica de Saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família, constitui-se espaço privilegiado para atenção integral ao idoso. Nesse nível de atenção, o enfermeiro assume destaque, devendo desenvolver ações de cuidado sistematizadas, fundamentadas em conhecimento científico e com enfoque nas necessidades do idoso. O objetivo deste estudo foi estruturar um subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>) para idosos na Atenção Básica, com base no referencial teórico de Virginia Henderson. Trata-se de uma pesquisa metodológica, na qual foram adotadas algumas das etapas preconizadas pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE): 1) Coleta de termos e conceitos relevantes para a prática clínica de enfermagem ao idoso na Atenção Básica a partir da análise nos documentos oficiais sobre idosos publicados no Brasil; 2) Validação dos termos e construção do Banco de Termos para a Prática Clínica de Enfermagem ao Idoso na Atenção Básica; 3) Elaboração dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem; e 4) Estruturação do Subconjunto Terminológico da CIPE<sup>®</sup> para a Prática Clínica de Enfermagem ao Idoso na Atenção Básica, incluindo a clientela, os objetivos, a significância para a Enfermagem, o modelo teórico utilizado e a relação dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Antes de sua realização, o projeto da pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil do Ministério da Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob o parecer nº. 501.721 e CAAE: 18669013.7.0000.5534. Foram identificados 359 termos relevantes para a prática clínica de enfermagem ao idoso na Atenção Básica, que foram submetidos ao mapeamento cruzado com os termos do Modelo de Sete Eixos da CIPE<sup>®</sup> Versão 2013, resultando no Banco de Termos para a Prática Clínica de Enfermagem ao Idoso na Atenção Básica, contendo 279 termos constantes e 80 não constantes nessa classificação. Para a construção de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem seguiram-se as recomendações do CIE, finalizando em 127 enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem e 515 intervenções de enfermagem. Esses enunciados foram distribuídos de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Henderson. Acredita-se que a estruturação do Subconjunto Terminológico da CIPE<sup>®</sup> para a Prática Clínica de Enfermagem ao Idoso na Atenção Básica seja um recurso tecnológico imprescindível para a organização do cuidado clínico de enfermagem ao usuário idoso, bem como na padronização dos registros de enfermagem realizados na consulta de enfermagem. Recomenda-se que os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem construídos sejam submetidos à validação de conteúdo por especialistas da área, e, posteriormente, à validação clínica mediante a realização de estudos de casos clínicos com idosos acompanhados pelas equipes de saúde da família, com o objetivo de verificar sua confiabilidade e aplicabilidade nesse contexto de cuidado.

**Descritores:** Enfermagem. Idoso. Terminologia. Classificação. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

CLARES, J. W. B. **Proposal for a terminology subset of ICNP<sup>®</sup> for nursing clinical practice to the elderly in primary care.** Fortaleza, 2014. Dissertation (Master Clinical Scholar in Health Care). Postgraduate Program in Clinical Care in Nursing and Health, Center for Health Sciences, State University of Ceará, 2014.

**Objective:** to structure a terminology subset of the International Classification for Nursing Practice (ICNP<sup>®</sup>) for the elderly in primary care, based on the Virginia Henderson's theoretical framework. **Methods:** this is a methodological research, which were adopted some of the steps recommended by the International Council of Nurses (ICN): 1) Collecting terms and concepts relevant to clinical nursing practice in Primary Care to the elderly from the analysis in official documents published on the elderly in Brazil; 2) Validation of the terms and construction of the Bank of Terms for Clinical Practice Nursing of the Elderly in Primary Care; 3) Development of title nursing diagnoses, outcomes and interventions; and 4) Structuring a Terminological Subset ICNP<sup>®</sup> for Clinical Practice Nursing of the Elderly in Primary Care including the clientele, the aims, its significance to the nursing practice, of the chosen theoretical model, and of the relationship between the title of nursing diagnoses, results and interventions. Before its completion, the research project was registered on the Platform of Brazil Ministry of Health and approved by the Ethics and Research, received the assent under protocol number 501.721, CAAE: 18669013.7.0000.5534. **Results:** there has been identified 359 relevant terms to the clinical nursing practice in primary care to the elderly, who were subjected to cross-mapping with the terms of the Model Seven Axis ICNP<sup>®</sup> Version 2013, resulting in Bank of Terms for Clinical Nursing Practice the Elderly in Primary Care, containing 279 included and 80 terms not included on this classification. For the construction of title diagnoses, outcomes and nursing interventions followed the recommendations of CIE, ending on 127 title nursing diagnoses/ outcomes and 515 nursing interventions. These titles were distributed in accordance with to the Henderson's Fundamental Human Needs Theory. **Conclusion:** it is believed that the structuring of terminological Subset ICNP<sup>®</sup> for Clinical Practice Nursing in Primary Care of the Elderly is an indispensable technology resource for the organization of the nursing clinical care of the elderly users as well as standardization of nursing records conducted in nursing consultation. It is recommended that titles nursing diagnoses, outcomes and interventions built are subjected to content validation by experts, and, subsequently, clinical validation by conducting clinical case studies with elderly accompanied by family health teams in order to check their reliability and applicability of this care context.

**Descriptors:** Nursing. Elderly. Terminology. Classification. Primary Health Care.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Distribuição das necessidades humanas fundamentais postuladas por Virginia Henderson, de acordo com seus componentes determinantes.....	36
<b>Quadro 2</b> – Critérios para a composição do comitê de validação dos termos relevantes para a prática clínica de enfermagem ao idoso na Atenção Básica.....	40
<b>Quadro 3</b> – Banco de termos para a prática clínica de enfermagem ao idoso na Atenção Básica.....	44
<b>Quadro 4</b> – Enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem segundo as Necessidades de Cuidado de Henderson.....	47
<b>Quadro 5</b> – Enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, segundo as Necessidades Humanas Fundamentais de Henderson.....	86

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Evolução histórica da CIPE® ..... 28
- Figura 2** – Relação entre o ciclo de vida da CIPE® e o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos..... 33

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>ABEn</b>	Associação Brasileira de Enfermagem
<b>CIE</b>	Conselho Internacional de Enfermeiros
<b>CIPE<sup>®</sup></b>	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
<b>CIPESC<sup>®</sup></b>	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva
<b>CNPq</b>	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
<b>CSF</b>	Centro de Saúde da Família
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>HIPERDIA</b>	Programa de Hipertensão e Diabetes
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PNI</b>	Política Nacional do Idoso
<b>PNSPI</b>	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
<b>PPGEnf</b>	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
<b>SAE</b>	Sistematização da Assistência de Enfermagem
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>22</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	22
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>23</b>
3.1	A SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	23
3.2	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE®): TECNOLOGIA PARA A PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO.....	26
3.3	ELABORAÇÃO DE SUBCONJUNTOS TERMINOLÓGICOS CIPE® NA PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO.....	31
3.4	A TEORIA DE HENDERSON E SUAS INTERFACES COM A PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	35
<b>4</b>	<b>MÉTODOS.....</b>	<b>38</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	38
4.2	ETAPAS DA PESQUISA.....	38
4.2.1	<b>Coleta de termos e conceitos relevantes para a prática clínica de enfermagem relacionados à pessoa idosa.....</b>	<b>38</b>
4.2.2	<b>Validação dos termos e construção do Banco de Termos para a Prática Clínica de Enfermagem ao Idoso na Atenção Básica.....</b>	<b>39</b>
4.2.3	<b>Elaboração dos enunciados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.....</b>	<b>41</b>
4.2.4	<b>Estruturação de um Subconjunto Terminológico da CIPE® para Idosos na Atenção Básica.....</b>	<b>42</b>
4.3	ASPETOS ÉTICOS E LEGAIS.....	42
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>44</b>
5.1	BANCO DE TERMOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	44

5.2	ENUNCIADOS DE DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....	46
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>74</b>
6.1	SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO CIPE® PARA A PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	84
6.1.1	Identificação da clientela.....	84
6.1.2	Objetivos.....	84
6.1.3	Significância para a enfermagem.....	84
6.1.4	Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Henderson.....	85
6.1.5	Relação dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a prática clínica com idosos na Atenção Básica.....	86
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>104</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>106</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>113</b>
	APÊNDICE A – CARTA-CONVITE AOS ESPECIALISTAS.....	114
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..	116
	APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	117
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>123</b>
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO.....	123

## 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. A integralidade na atenção à saúde é uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua implementação visa ações que respondam às demandas e necessidades da população, nos diferentes níveis de atenção e complexidade, nas várias abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões do ser cuidado (MACHADO *et al.*, 2007). O cuidado integral, portanto, é um processo dinâmico que depende da interação e de ações planejadas a partir do conhecimento e do respeito da realidade vivida pelo sujeito, considerando as relações/interações com a família, a comunidade e o espaço social que está inserido.

No âmbito das ações de saúde dirigidas aos indivíduos, famílias e coletividades no processo saúde-doença, a Enfermagem constitui-se também uma profissão dinâmica, sujeita a transformações permanentes, e que está continuamente incorporando reflexões sobre novos temas, problemas e ações, com o propósito de manter/restaurar a saúde e promover a dignidade e o bem-estar do ser humano (SILVA *et al.*, 2005). Os profissionais de enfermagem precisam acompanhar as transformações da sociedade contemporânea, assumindo o compromisso de buscarem cada vez mais inovações na assistência, na gestão dos serviços, na pesquisa científica e tecnológica, e no ensino da Enfermagem. Portanto, devem estar qualificados para o cuidado ao idoso, considerando as demandas de cuidados a essa população, em virtude do processo de envelhecimento populacional contemporâneo.

Atualmente, envelhecer deixou de ser apenas uma expectativa e passou a ser uma realidade para a maioria das sociedades. O envelhecimento é um fenômeno natural e inevitável que se inicia na concepção e tem sua finitude com a morte, sendo cercado por um

conjunto de fatores sociais, culturais, ambientais, biológicos e psíquicos que o influenciarão direta ou indiretamente.

O envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma acelerada, principalmente nos países em desenvolvimento, como consequência da redução das taxas de mortalidade e de natalidade, associada à melhoria das condições gerais de vida e saúde da população. Em todo o mundo o número de pessoas idosas está crescendo mais rapidamente do que em qualquer outra faixa etária. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como idoso o indivíduo com 60 anos ou mais, nos países em desenvolvimento, como o Brasil; e nos países desenvolvidos, aquele a partir de 65 anos (OMS, 2005).

A população brasileira, acompanhando as tendências globais, também sofreu profundas mudanças nos últimos anos, acarretando forte impacto na distribuição por idade da população, com um aumento de aproximadamente 700% no número de idosos em menos de 50 anos (VERAS, 2009).

Segundo dados do último censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e publicado em 2010, os idosos já representam 11% da população brasileira, o equivalente a cerca de 17 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais de idade. Na região Nordeste, 10,2% da população é de idosos e, mais especificamente no estado do Ceará, esse percentual é de 10,7% (IBGE, 2010).

Espera-se que em 2020 os idosos representem 15% da população brasileira e o país ocupe a sexta posição no *ranking* dos países com maior contingente populacional de pessoas idosas. Ainda segundo estimativas, entre 2035 e 2040 a população idosa será 18% superior à de crianças e, em 2050, para cada 100 crianças menores de 15 anos haverá 172,7 idosos (IBGE, 2008).

Apesar de ser considerado um triunfo almejado por toda sociedade e conquistado ao longo do tempo, o aumento da representatividade dos idosos traz impactos diretos para a estrutura econômica e sanitária, sobretudo nos países em desenvolvimento, onde esse processo ocorre de forma rápida e intensa e é marcado por profundas desigualdades sociais. O crescimento populacional de idosos implica no aumento das demandas de saúde desse grupo aos serviços públicos, devido à maior prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e incapacidades (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010; VERAS, 2009).

Devido às mudanças físicas, psicológicas e sociais decorrentes do envelhecimento, esse fenômeno configura-se nas práticas discursivas e sociais com um valor

negativo. Na cultura ocidental a velhice foi tratada, em diversos momentos históricos, como um problema para reflexão por inúmeros pensadores. A esse fenômeno natural da vida são atribuídas, geralmente, representações ligadas à doença, às perdas e à finitude da vida. (TÓTORA, 2008).

Este fenômeno acarreta grande impacto na estrutura econômica e sanitária das sociedades em geral, e requer um olhar diferenciado dos profissionais, gestores e serviços de saúde. Chamam a atenção para a urgência de intensificar o debate acerca das questões do envelhecimento, do acesso da pessoa idosa aos serviços de saúde, e das possibilidades de promover a saúde desse grupo, na busca de um envelhecimento ativo e bem-sucedido. É preciso atentar para esta etapa da vida, sendo necessário enfatizar a importância da promoção da saúde e de práticas de saúde preventivas, além do autocuidado, reduzindo os riscos de incapacidade física e mental e distanciando os processos patológicos, objetivando a manutenção da qualidade de vida nessa fase da vida.

Profissionais, gestores e serviços de assistência social e de saúde, bem como a sociedade de um modo geral, devem assumir o compromisso de pensar e refletir sobre a atenção integral ao idoso, possibilitando mantê-los engajados na sociedade, em atividades produtivas, gozando de bem estar físico, mental e social.

Em reconhecimento à importância do envelhecimento populacional no Brasil e de regulamentar e direcionar as competências dos diversos setores da administração pública para garantir os direitos dos idosos, em janeiro de 1994 foi aprovada a Lei nº. 8.842/94, que estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI), posteriormente regulamentada pelo Decreto nº. 1.948/96. Esta política tem por finalidade assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua cidadania (BRASIL, 1994).

Em dezembro de 1999, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso, por meio da Portaria nº. 1.395/99. Em outubro de 2006, considerando a necessidade de uma política de atenção à saúde do idoso atualizada e à disposição do setor saúde aprovou a Portaria nº. 2.528/06, que dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Essas políticas têm como finalidade primordial a garantia de uma atenção integral, adequada e digna para a população idosa brasileira, orientada pelos princípios do SUS, por meio do direcionamento de medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção (BRASIL, 1999, 2006a).

Destaca-se, ainda, a aprovação do Estatuto do Idoso, por meio da Lei nº. 10.741/03. Trata-se de um dos principais instrumentos de direito do idoso, reforçando as diretrizes contidas na PNI e consolidando os direitos já assegurados na Constituição Federal Brasileira. Além disso, reafirma a obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Estado em assegurar aos idosos proteção à vida, saúde, educação, cidadania, liberdade, respeito e dignidade, por meio da efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável (BRASIL, 2003).

Apesar desses esforços, somente por meio do Pacto pela Saúde, em 2006, o SUS passou a considerar a saúde da população idosa como prioridade, responsabilizando-se pela garantia do direito ao acesso e à prestação de uma assistência de qualidade, salientando, ainda, a importância da Atenção Básica como porta de entrada dos usuários aos sistemas de saúde (BRASIL, 2006b).

O Ministério da Saúde propõe a Atenção Básica como eixo da organização do sistema de saúde e a Saúde da Família como estratégia prioritária para promover mudanças nas práticas de saúde, em consonância aos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006c). O cuidado ao idoso nesse nível de atenção é realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), principalmente das pertencentes à Estratégia Saúde da Família (ESF) – Centros de Saúde da Família (CSF) –, que devem representar para esse sujeito, idealmente, o vínculo com o sistema de saúde (BRASIL, 2006d).

É fundamental que os profissionais de saúde que atuam nesse nível de atenção assumam o compromisso de oferecer à população idosa uma assistência integral, com vistas à promoção de um envelhecimento saudável e participativo, ao passo que planejam estratégias para prevenir a instalação de doenças crônicas e/ou minimizar seus efeitos deletérios à saúde, levando em conta as necessidades individuais, histórias de vida, e o potencial para o autocuidado pelos idosos.

Nesse âmbito, o enfermeiro assume papel de destaque como membro de uma equipe multidisciplinar e líder da equipe de enfermagem. A prática clínica do enfermeiro na Atenção Básica deveria atentar para o desenvolvimento de atividades para promoção, manutenção e recuperação da saúde, contribuindo com a implementação e consolidação do SUS. Sua práxis necessita voltar-se para a escuta das necessidades das pessoas, estendendo o olhar para a família e o contexto em que vivem, contemplando as reais necessidades de saúde de seus usuários (MATUMOTO *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2001).

Para a realização de sua prática clínica precisa desenvolver habilidades técnico-científicas que favorecem a organização e sistematização do cuidado, por meio da utilização de conhecimentos e procedimentos teoricamente organizados e reformulados para implementar o Processo de Enfermagem, considerado um instrumento metodológico orientador dos cuidados de enfermagem e do registro da prática profissional. Deve estar baseado num suporte teórico que oriente suas etapas, sejam as quais: coleta de dados, estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, planejamento das ações/intervenções de enfermagem e avaliação dos resultados alcançados (COFEN, 2009).

A fim de subsidiar a prática clínica de enfermagem, os enfermeiros dispõem de diversas teorias de enfermagem que dão suporte para suas ações, possibilitando maior eficácia e efetividade e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem prestado nos diferentes cenários de atuação profissional. Seu uso também contribui para a valorização da Enfermagem como área científica e autônoma, que age com base em princípios próprios e validados, capaz de orientar o cuidado implementado.

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. Aponta 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 (FURUKAWA; HOWE, 2000; HENDERSON, 1958).

As necessidades de saúde descritas por Henderson não representam problemas de saúde, mas sim as áreas onde estes problemas podem ocorrer, constituindo-se em elementos que guiarão os cuidados 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. A partir da identificação das demandas de necessidades, compete ao profissional de enfermagem auxiliar 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).

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 próprias necessidades, visando sua autonomia e independência. Colabora, ainda, na organização do pensamento crítico do enfermeiro, possibilitando um cuidado sistematizado, fundamentado em conhecimento científico, e que leve em conta os estímulos relacionados às necessidades fundamentais do idoso, numa perspectiva integral e humanizada.

Apesar de uma série de recursos disponíveis para orientar e subsidiar a prática clínica de enfermagem ao idoso verifica-se que a assistência fornecida às pessoas nessa faixa etária no âmbito da Atenção Básica ainda ocorre de forma assistemática e sem fundamentação teórica, e a presença de práticas reducionistas reproduzidas sob a égide do modelo biomédico. O que se depreende dessa realidade é a falta de conhecimento acerca do processo de envelhecimento, de suas implicações sobre a dinâmica do setor saúde e do papel do enfermeiro na Atenção Básica, denotando a carência de capacitação e suporte para os profissionais. Verifica-se também uma falta de estrutura mais eficaz, que proporcione a esses profissionais, melhor capacidade para prestar um cuidado efetivo à população idosa.

Com base na realidade evidenciada, pode-se afirmar que a Enfermagem vem executando atividades pautadas em normas e rotinas repetidas, sem reflexão, muitas vezes subordinadas a outras profissões, resultando numa assistência acrítica, descontínua e desqualificada, indo de encontro aos princípios e objetivos propostos pelo SUS.

A falta de uma linguagem própria da profissão e de registros adequados de sua prática clínica também são problemas evidenciados nesse nível de atenção, repercutindo diretamente a qualidade da assistência prestada e no reconhecimento da profissão, uma vez os registros da prática permitem a avaliação e a geração de conhecimentos.

Portanto, corrobora-se que os enfermeiros precisam lançar mão de um vocabulário específico, a fim de universalizar a linguagem e evidenciar os fenômenos de sua prática clínica. A padronização da linguagem proporciona à profissão elementos essenciais para descrever a prática e contribuir para a qualidade do atendimento. Possibilita a melhoria da comunicação entre os profissionais de enfermagem e outros profissionais da equipe

multidisciplinar de saúde em diferentes contextos e culturas, resultando em maior autonomia e visibilidade ao trabalho do enfermeiro (MARIN, 2000).

A Enfermagem Moderna tem envidado esforços no desenvolvimento de diversas terminologias de enfermagem relacionadas a alguma fase do Processo de Enfermagem, como classificação de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (NÓBREGA, GARCIA, 2005). Dentre os sistemas de classificação desenvolvidos destaca-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>), como instrumento de informação para descrever os elementos da prática clínica de enfermagem (diagnósticos, intervenções e resultados), 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, 2011a).

O uso de um sistema de classificação na prática clínica de enfermagem, especialmente a CIPE<sup>®</sup>, viabiliza a organização do cuidado clínico de enfermagem e o avanço científico, tecnológico e inovador da profissão ao possibilitar o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos direcionados a áreas específicas do cuidado em enfermagem. Esses subconjuntos compreendem um conjunto de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem que favorecem a adoção de linguagem unificada e acessível aos enfermeiros de todos os países, conforme recomenda o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE).

Apesar das vantagens da utilização dos sistemas de classificação em enfermagem, dentre os quais a CIPE<sup>®</sup>, para a prática clínica de enfermagem, verifica-se que seu uso ainda é incipiente pelos profissionais de enfermagem da Atenção Básica, principalmente em relação ao cuidado ofertado à população idosa.

Durante atividades de pesquisa e extensão realizadas ainda durante a Graduação em Enfermagem, o autor deste estudo pôde verificar que o cuidado ao idoso no âmbito da Atenção Básica ainda ocorre de forma assistemática e não se encontra alicerçado em referenciais teóricos e metodológicos que deem suporte e justifiquem as práticas dos enfermeiros. Muitas vezes as ações implementadas restringem-se às visitas domiciliares aos idosos acamados e ao acompanhamento daqueles cadastrados no Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA), do Ministério da Saúde, acarretando prejuízos para a continuidade do cuidado e para o reconhecimento do profissional enfermeiro como membro integrante e indispensável da equipe multidisciplinar de saúde.

A partir da realidade vivida e evidenciada em diversos estudos, emergiram os seguintes questionamentos: Que termos e/ou conceitos da linguagem profissional de enfermagem podem ser identificados nos documentos oficiais sobre idosos publicados no Brasil? Esses termos e/ou conceitos podem ser mapeados com o Modelo Sete Eixos da CIPE<sup>®</sup>, para a identificação de termos constantes e não constantes nessa terminologia? A partir desses termos, podem-se elaborar enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para idosos na Atenção Básica? Esses enunciados podem ser estruturadas como um subconjunto terminológico da CIPE<sup>®</sup> para idosos na Atenção Básica, tendo como base o referencial teórico de Virginia Henderson?

Diante desse contexto, despertou-se para a necessidade de o cidadão enfermeiro contribuir para o avanço e melhoria da prática clínica de enfermagem ao idoso na Atenção Básica, por meio do desenvolvimento de relações cooperativas resolutivas com os profissionais integrantes da equipe de enfermagem nesse nível de atenção.

Dessa forma, espera-se contribuir para a prática clínica de enfermagem na Atenção Básica, partindo do pressuposto que a uniformização da linguagem profissional da Enfermagem no cuidado à pessoa idosa é uma necessidade nos vários cenários de atuação do enfermeiro e sua equipe, sobretudo no âmbito da Atenção Básica. Assim, a construção de um subconjunto terminológico para idosos, de acordo com o modelo proposto pela CIPE<sup>®</sup>, constituir-se-á em um relevante recurso tecnológico para que a prática clínica da enfermagem ocorra de forma sistematizada e embasada em conhecimento científico, o que resultará na melhoria da organização e da qualidade do cuidado implementado, além de contribuir para autonomia profissional e maior visibilidade e valorização da Enfermagem na Atenção Básica.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Estruturar um subconjunto terminológico da CIPE<sup>®</sup> para idosos na Atenção Básica.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar termos e/ou conceitos relacionados à prática clínica de Enfermagem, evidenciados nos documentos oficiais sobre idosos publicados no Brasil;
- Fazer o mapeamento cruzado dos termos identificados com os termos constantes no Modelo de Sete Eixos da CIPE<sup>®</sup> versão 2013;
- Elaborar um banco de termos para a prática clínica de enfermagem ao idoso na Atenção Básica;
- Elaborar enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para idosos na Atenção Básica, com base no referencial teórico de Virginia Henderson.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 A SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA**

O fenômeno do envelhecimento populacional contemporâneo tem determinado uma transição demográfica e epidemiológica, resultando na demanda aumentada dos idosos por serviços de saúde e políticas sociais e de saúde específicas, em todos os níveis de atenção.

Ressalta-se que as ações de saúde do idoso devem considerar a pluralidade cultural que emerge das experiências contextuais, contribuindo para a criação de situações próximas da realidade na qual o idoso está inserido, subsidiando reflexões acerca da necessidade de ressignificar práticas, valores e atitudes (PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012). Nesse contexto, a Atenção Básica, por meio das equipes da ESF, emerge como espaço privilegiado e assume importante função na atenção integral à saúde do idoso, uma vez que a promoção, manutenção e recuperação da saúde e a prevenção de doenças e agravos são os eixos norteadores, levando em conta a realidade vivenciada por essa população no âmbito familiar e comunitário (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

Enquanto prática social e historicamente constituída, o trabalho de enfermagem sempre teve o cuidado humano como núcleo de sua competência e a pessoa como o foco de sua atenção, o que favoreceu sua inserção profissional na ESF (PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012). Nesse nível de atenção o enfermeiro desempenha um papel clínico importante, na assistência ao indivíduo, à família e coletividades, desenvolvendo assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) em todas as fases do desenvolvimento humano, incluindo o domicílio e os demais espaços comunitários como cenário de suas ações (BRASIL, 2006c).

Para isso, o enfermeiro utiliza, entre outros recursos, a consulta de enfermagem como importante ferramenta para sua prática clínica. Por meio da consulta de enfermagem são identificados problemas de saúde e/ou doenças e prescritas e implementadas ações de enfermagem com o objetivo de promoção, prevenção, recuperação ou reabilitação. Consiste em um conjunto de ações ordenadas para conhecer a situação de saúde dos usuários e tomar decisões clínicas quanto à assistência prestada, visando à adoção de práticas favoráveis à saúde (MARGARIDO; CASTILHO, 2006).

A consulta de enfermagem está prevista na Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício profissional do enfermeiro no Brasil e no Decreto Regulamentador nº. 94.406, de 8 de junho de 1987, no artigo 8, alínea “e” (BRASIL, 1986, 1987). Essas diretrizes indicam a necessidade de uma avaliação global, incluindo a investigação sistemática da história de vida do idoso, com ênfase nos problemas recorrentes nesse grupo etário no intuito de direcionar a consulta para o problema identificado que deverá ser avaliado detalhadamente (COFEN, 2009).

O Processo de Enfermagem consiste de cinco fases inter-relacionadas, 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.

Enquanto um dos instrumentos do processo de trabalho do enfermeiro, a consulta de enfermagem consiste em uma das atribuições desses profissionais no atendimento à saúde da pessoa idosa na Atenção Básica. Assim, cabe ao enfermeiro que atua nesse nível de atenção realizar consulta de enfermagem ao idoso, incluindo a avaliação multidimensional

rápida e instrumentos complementares, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão (BRASIL, 2006d).

A prática clínica de enfermagem ao idoso, operacionalizada por meio da consulta de enfermagem, 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, considerando o cenário familiar e social.

Destarte, por meio de uma consulta de enfermagem centrada no idoso, os enfermeiros têm a possibilidade de romper com práticas estruturadas e engessadas, pautadas no modelo biomédico, mediante a adoção de práticas inovadoras voltadas à promoção da saúde e do bem-estar da pessoa idosa, considerando os diferentes graus de funcionalidade, e reforçando o compromisso da família e da comunidade numa atitude de corresponsabilização pelo cuidado ao idoso junto aos equipamentos de saúde disponíveis.

Ressalta-se que a consulta de enfermagem ao idoso, assim como aos demais grupos etários, deve ocorrer de forma sistematizada, de modo a garantir um atendimento individualizado e humanizado, baseado na cientificidade. Para tanto, os enfermeiros devem lançar mão da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) enquanto forma de planejamento e organização de trabalho que pode ser empregada em toda complexidade de cuidado e em todas as faixas etárias. Sua utilização visa garantir a melhor qualidade da assistência prestada ao idoso, assegurando a elaboração de intervenções de enfermagem pertinentes, a partir de uma avaliação multidimensional não focada apenas na doença (SILVA; RIBEIRO; FABRÍCIO, 2007).

Além disso, deve estar baseada num suporte teórico que oriente suas etapas, desde a coleta de dados até a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados. Deve ainda, ser registrada formalmente, com um resumo dos dados coletados sobre o indivíduo, a família ou a coletividade, os diagnósticos de enfermagem identificados, as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados e aos resultados alcançados por meio das ações/intervenções de enfermagem realizadas (COFEN, 2009).

Para facilitar a compreensão e a comunicação dos registros da prática clínica de enfermagem ao idoso, os enfermeiros devem empregar uma linguagem padronizada, que

possibilite a identificação das prioridades de saúde e propicie melhor qualidade ao atendimento e agregue valor à sua categoria profissional.

### 3.2 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE®): TECNOLOGIA PARA A PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO

A prática clínica de enfermagem na Atenção Básica consiste no atendimento às necessidades do indivíduo sadio, ou doente, família e coletividades, mediante ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação em saúde, contribuindo para a consolidação do SUS no âmbito nacional.

Para a operacionalização de sua prática clínica o enfermeiro dispõe de uma série de saberes e tecnologias. No âmbito do cuidado em saúde, tecnologia é descrita como o misto de conhecimento humano sistematizado (científico e empírico), que necessita da presença do ser humano para a prestação de um cuidado ético, crítico e reflexivo, na busca da promoção de uma assistência de qualidade. As tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: leves, que são as tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento; leveduras, incluindo os saberes estruturados que operam no trabalho em saúde, como a clínica médica, epidemiológica, entre outras e; duras, como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais (MEHRY, 2002).

Na perspectiva da Enfermagem, a tecnologia supera o caráter técnico e teórico que permeia a prática clínica do enfermeiro, e, quando inserida em um processo de trabalho específico, conduz ao produto de sua práxis, ou seja, ao cuidado humano (MEIER, 2004). É nesse contexto que surge o Processo de Enfermagem como uma tecnologia do cuidado que orienta, de forma sistematizada, clara e organizada, o julgamento e a decisão clínica no planejamento de intervenções centradas nas necessidades humanas, possibilitando a construção de uma consciência crítica para os envolvidos no processo de cuidar em enfermagem e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade do cuidado (AMANTE *et al.*, 2010; ZUZELO *et al.*, 2008).

A implementação do Processo de Enfermagem demanda habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, que auxiliam na determinação do fenômeno observado e do seu significado; dos julgamentos emitidos e dos critérios para sua realização; e

das ações demandadas pelo fenômeno para o alcance de um resultado específico. Esses aspectos inerentes à prática clínica do enfermeiro (diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem) favoreceram o desenvolvimento de sistemas de classificação de conceitos que fazem parte da linguagem profissional da área, instrumentos tecnológicos a serem utilizados: a) no processo e no produto do raciocínio e julgamento clínico acerca das necessidades humanas de indivíduos, famílias e coletividades, diante de eventos do ciclo vital ou de problemas de saúde, reais ou potenciais; b) no processo e no produto do raciocínio e julgamento terapêutico acerca das necessidades de cuidado da clientela (indivíduos, famílias e coletividades) e dos resultados sensíveis à intervenção de enfermagem; e c) no registro da prática profissional (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

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.

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

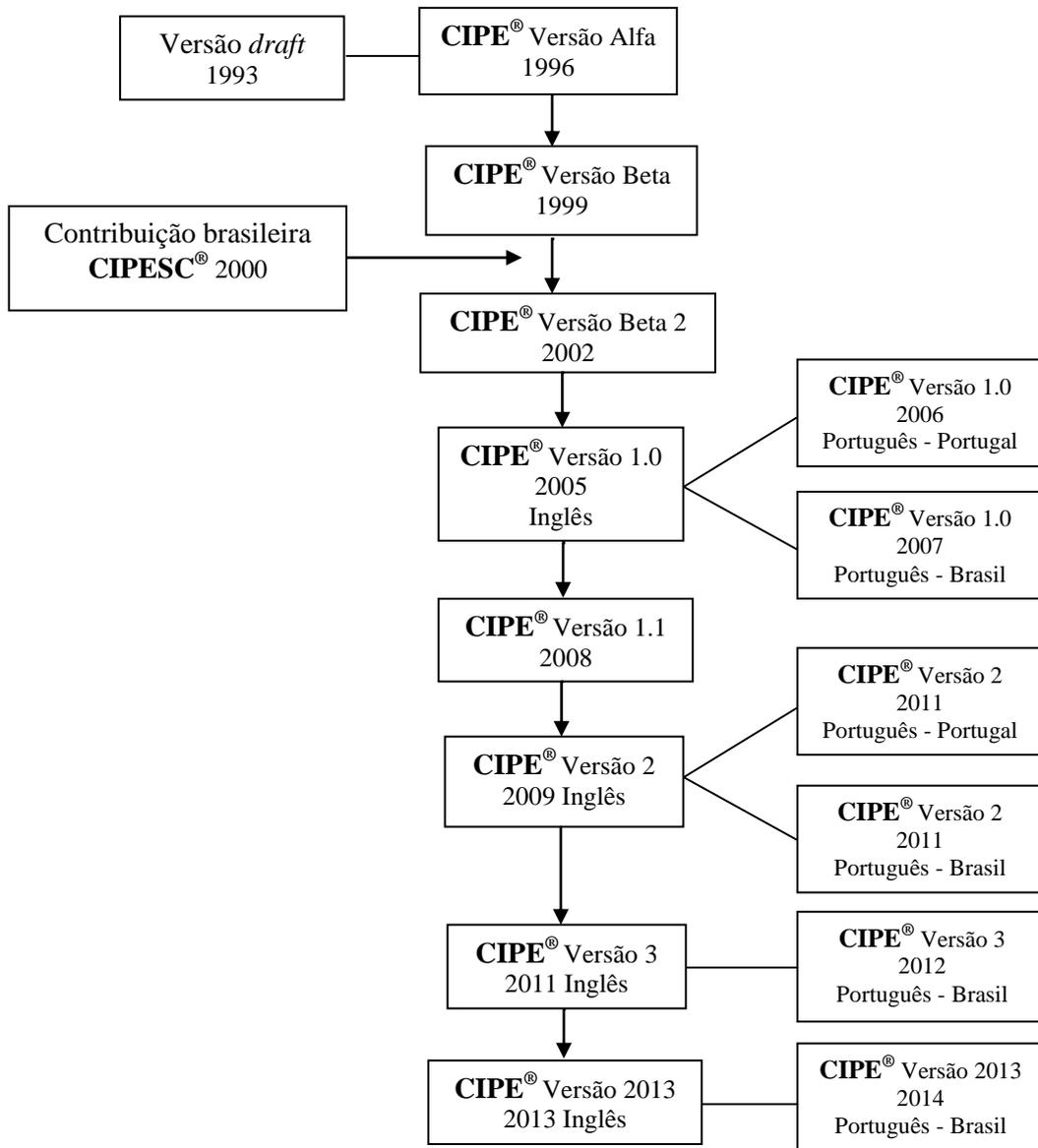
A proposta de desenvolvimento da CIPE<sup>®</sup> foi apresentada ao Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) durante o 19º Congresso Quadrienal, realizado em 1989, em Seul, Coréia, sendo justificada pela falta de um sistema de classificação da linguagem profissional, necessário para que a Enfermagem 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<sup>®</sup> é definida como uma terminologia combinatória e representa um marco unificador de todos os sistemas de classificação de elementos da prática de enfermagem (diagnósticos, intervenções e resultados 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, oito versões da CIPE® foram publicadas na busca de constante atualização e aperfeiçoamento de sua estrutura: Alfa (1996), Beta (1999) e Beta 2 (2001), versão 1.0 (2005), versão 1.1 (2008), versão 2 (2009), versão 3 (2011) e a versão 2013 (GARCIA; NOBREGA, 2013). Vide Figura 1.

**Figura 1 – Evolução histórica da CIPE®**



Fonte: Adaptado de Cubas, Silva e Rosso (2010).

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<sup>®</sup> 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; **juízo** – 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<sup>®</sup> 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<sup>®</sup> 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<sup>®</sup> versão 2011 *release* é uma re-edição da versão 2.0, com inclusão de novos termos e de declarações pré-combinadas. Está disponível em 15 idiomas, apenas em formato eletrônico.

Atualmente, 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). Ressalta-se que esta última versão está disponível na página eletrônica do CIE, traduzida para diversas línguas, inclusive para o português do Brasil (<http://www.icn.ch/pillarsprograms/icnpr-translations/>) (GARCIA; NÓBREGA, 2013).

Neste contexto, é importante ressaltar a participação brasileira no desenvolvimento da CIPE<sup>®</sup>, sendo coordenada pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), que assumiu o compromisso de desenvolver o projeto da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC<sup>®</sup>), que resultou um inventário vocabular no campo da Saúde Coletiva, com a intuito de revelar a dimensão, a diversidade e a amplitude das práticas de enfermagem no contexto do SUS (CUBAS; EGRY, 2008).

Enquanto instrumental tecnológico de informação, a CIPE<sup>®</sup> 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.

A Enfermagem deve contribuir para este processo de dinamismo, lançando mão do uso da CIPE<sup>®</sup> na sua prática clínica, participando como revisores peritos em caso de

alterações recomendadas para sistema, traduzindo-as para linguagem apropriada para uso local, participando de uma avaliação contínua, trabalhando em conjunto para desenvolver estratégias, metas e objetivos gerais que assegurem sua relevância global (ICN, 2009). Assim, poderá avançar para a correlação entre as atividades de enfermagem e os resultados em saúde, garantindo maior eficácia e visibilidade ao trabalho do enfermeiro nos diferentes contextos de sua prática profissional.

A utilização da CIPE<sup>®</sup> facilita o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos direcionados tanto a clientela específicas – indivíduo, família e coletividades – quanto a prioridades de saúde relacionadas a fenômenos de enfermagem, especialidades ou contextos de cuidado e condições de saúde, além do mapeamento cruzado com as demais terminologias existentes na área (CIE, 2007). Torna-se necessária, pois, a participação dos enfermeiros no aperfeiçoamento desse sistema de classificação, mediante a elaboração e validação desses subconjuntos, subsidiando a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

### 3.3 A ELABORAÇÃO DE SUBCONJUNTOS TERMINOLÓGICOS CIPE<sup>®</sup> NA PRÁTICA CLÍNICA DO ENFERMEIRO

A Enfermagem vem demonstrando a preocupação de consolidar-se enquanto ciência e fortalecer sua prática clínica e, para tanto, necessita de uma linguagem específica que estabeleça a definição e a descrição de sua atuação profissional. Contudo, a falta de um vocabulário próprio tem dificultado a identificação de termos necessários para classificar e nomear a prática clínica de enfermagem, o que tem envidado esforços por parte de enfermeiros de todo o mundo em busca do desenvolvimento científico da profissão.

Corrobora-se sobre a importância de universalizar a linguagem dos profissionais de enfermagem a fim de identificar, explicar e avaliar os elementos que descrevem sua prática clínica, propiciando o aprimoramento de suas ações, através de uma atuação mais reflexiva, efetiva e eficaz; facilitando o processo comunicativo entre o enfermeiro e demais membros da equipe multiprofissional de saúde e; dando maior reconhecimento e visibilidade à profissão nos diferentes cenários de sua prática cotidiana.

Da necessidade de desenvolver e implementar um vocabulário próprio, representado por termos clínicos que integrem o contexto teórico-prático da profissão, foram desenvolvidos sistemas de classificação para os fenômenos específicos da prática de

enfermagem. Entre os sistemas de classificação existentes, destaca-se a CIPE<sup>®</sup>, por sua representatividade e pela possibilidade de adequação à linguagem mundial, levando em conta as influências culturais e locais ou a área de trabalho na utilização de termos técnicos. Além disso, possibilita, por meio de pesquisas, a construção de um vocabulário especializado na área da Enfermagem, mediante criação de subconjuntos terminológicos (ou catálogos) que se aproximem da realidade de cada região, como também dispor em uma só taxonomia de um vocabulário multiaxial que possa classificar diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem (ANDRADE *et al.*, 2012).

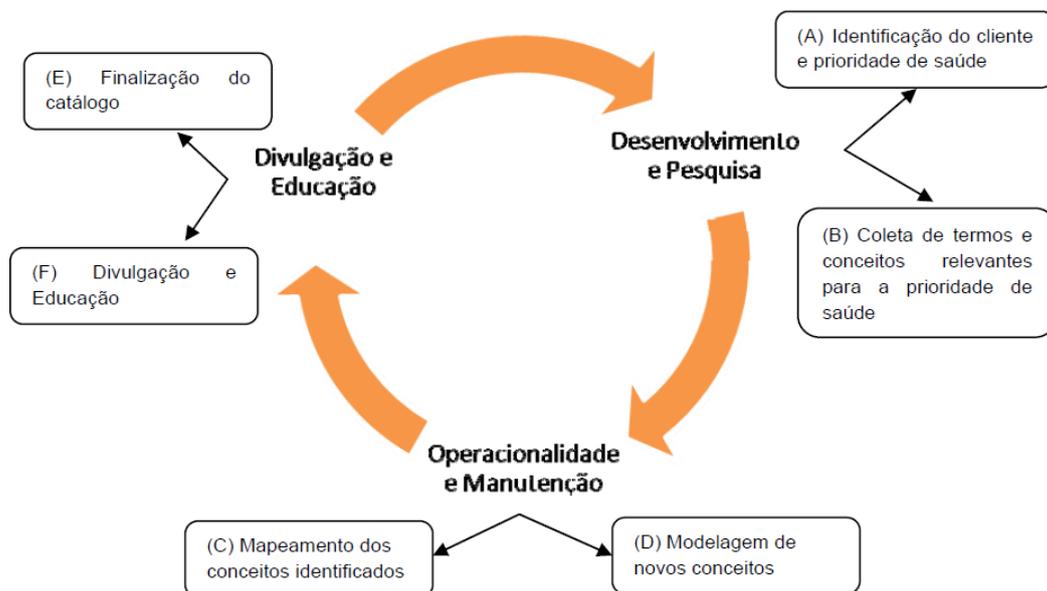
A construção de subconjuntos terminológicos CIPE<sup>®</sup> preenche uma necessidade de subsidiar sistemas de informação de saúde, ao possibilitar a elaboração de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem adequadas para áreas específicas da prática profissional de enfermagem. Esses subconjuntos permitem aos enfermeiros que trabalham numa área de especialidade ou numa área focal de Enfermagem integrar mais facilmente a CIPE<sup>®</sup> na sua prática clínica, constituindo-se uma referência de fácil acesso para esses profissionais em seus campos de práticas. Contudo, é preciso destacar que os subconjuntos não substituem o raciocínio e a decisão clínica do enfermeiro, elementos indispensáveis para a prestação de uma assistência particularizada aos indivíduos, famílias e coletividades a quem se destinam os cuidados de enfermagem (CIE, 2009).

Com o intuito de colaborar para a universalização da linguagem especial de enfermagem, em 2007, o CIE apresentou uma metodologia para o desenvolvimento de catálogos CIPE<sup>®</sup>, descrita em dez passos: 1) identificar a clientela a que se destina e a prioridade de saúde; 2) documentar a significância para a Enfermagem; 3) contatar o CIE para determinar se outros grupos já estão trabalhando com a prioridade de saúde focalizada no catálogo, de modo a identificar colaboração potencial; 4) usar o Modelo de Sete Eixos da CIPE<sup>®</sup> para compor os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem; 5) identificar enunciados adicionais por meio da revisão da literatura e de evidências relevantes; 6) desenvolver conteúdo de apoio; 7) testar/validar os enunciados do catálogo em dois estudos clínicos; 8) adicionar, excluir ou revisar os enunciados do catálogo, segundo a necessidade; 9) trabalhar com o CIE para a elaboração da cópia final do catálogo; 10) auxiliar o CIE na divulgação do catálogo (CIE, 2009).

Posteriormente, em 2010, foi publicado um modelo de processo de desenvolvimento de subconjuntos terminológicos CIPE<sup>®</sup>, em substituição aos passos do

catálogo. Esse novo processo de desenvolvimento de subconjuntos envolve os três principais componentes do ciclo de vida da terminologia CIPE® e seis etapas, assim distribuídas: 1) Desenvolvimento e pesquisa: que envolve a identificação da clientela e prioridade de saúde e a coleta de termos e conceitos relevantes para a prioridade; 2) Operacionalidade e manutenção: engloba o mapeamento dos conceitos identificados com a terminologia da CIPE® e a modelagem de novos conceitos; 3) Divulgação e educação: abrange a finalização de um catálogo e a divulgação do catálogo – Figura 2 (COENEN; KIM, 2010).

**Figura 2 – Relação entre o ciclo de vida da CIPE® e o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos**



**Fonte:** Adaptado de Coenen e Kim (2010)

Para desenvolver um subconjunto terminológico CIPE® é preciso, ainda, identificar o cliente (indivíduos, famílias ou coletividades), bem como as prioridades de saúde, as quais se enquadram em três áreas: condições de saúde (ex. diabetes, saúde mental, HIV/AIDS, tuberculose, doença cardíaca, depressão, gripe); especialidades de saúde ou contextos de cuidados (ex. saúde da mulher, enfermagem materna e obstétrica, enfermagem na comunidade, enfermagem de família, cuidados oncológicos, cuidados paliativos); e fenômenos de enfermagem (ex. dor, fadiga, autocuidado, incontinência urinária e adesão ao tratamento) (COENEN; KIM, 2010).

O CIE acolhe a participação a nível mundial na elaboração de subconjuntos CIPE<sup>®</sup>, incentivando os enfermeiros nas diversas áreas de cuidados clínicos, bem como organizações de especialidades e centros de ensino e pesquisa na área da Enfermagem a trabalharem conjuntamente no desenvolvimento e testagem de catálogos para validação a nível global, como também na divulgação destes subconjuntos para os enfermeiros de todo o mundo.

Destaca-se a participação dos Centros de Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE<sup>®</sup> no processo de submissão de propostas, critérios para avaliação, escopo de trabalho e responsabilidades na consolidação desse sistema de classificação e sua disseminação a nível global. Até a presente data foram desenvolvidos e divulgados pelo CIE e parceiros cinco subconjuntos para diferentes prioridades de saúde: o Catálogo CIPE<sup>®</sup> para adesão ao tratamento (ICN, 2008), o Catálogo CIPE<sup>®</sup> para cuidados paliativos para morte digna (ICN, 2009), o Catálogo CIPE<sup>®</sup> para indicadores de resultados de enfermagem (ICN, 2011), o Catálogo CIPE<sup>®</sup> para enfermagem comunitária (ICN, 2012a), e o Catálogo CIPE<sup>®</sup> para tratamento da dor pediátrica (ICN, 2012b).

No Brasil existe o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE<sup>®</sup> do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF-UFPB), aprovado pelo CIE em 2007, cuja missão é apoiar o desenvolvimento contínuo da CIPE<sup>®</sup>; promover o seu uso na prática clínica, na educação e na pesquisa em enfermagem; e colaborar com o CIE e outros centros semelhantes na transformação da CIPE<sup>®</sup> em uma terminologia de referência a ser usada mundialmente como recurso tecnológico para fortalecer e ampliar os propósitos da profissão na assistência, na educação e na pesquisa (GARCIA; NÓBREGA; COLER, 2008, 2009).

Desde sua acreditação pelo CIE, o Centro CIPE<sup>®</sup> do PPGENF-UFPB vem promovendo o uso CIPE<sup>®</sup> na prática clínica, na educação e na pesquisa em enfermagem, contribuindo, portanto, para o seu desenvolvimento contínuo e sua consolidação como uma terminologia de referência a ser usada mundialmente. Neste Centro já foram desenvolvidas quatro propostas de subconjuntos CIPE<sup>®</sup>: para pacientes com insuficiência cardíaca congestiva (ARAÚJO, 2009), para dor oncológica (CARVALHO, 2009), para hipertensos na Atenção Básica (NÓBREGA, 2011) e para idosos do município de João Pessoa (MEDEIROS, 2012). Estas propostas de subconjuntos estão em processo de validação clínica para posterior envio ao CIE, para continuidade do processo de aprovação naquele Conselho.

Encontra-se ainda em desenvolvimento, no referido Centro, um subconjunto terminológico da CIPE<sup>®</sup> para pacientes diabético hospitalizados e um subconjunto CIPE<sup>®</sup> para pacientes prostatectomizados. O Centro CIPE<sup>®</sup> do PPGENF-UFPB, por intermédio de sua diretoria, ainda presta assessoria em vários estados brasileiros onde estão sendo desenvolvidas outras propostas de subconjunto terminológico CIPE<sup>®</sup>, relacionadas a diferentes contextos da prática clínica de enfermagem: saúde indígena, amamentação, cuidados em reabilitação, neonatologia, obstetrícia e sistematização da prática de enfermagem na Atenção Básica (GARCIA; NÓBREGA, 2011).

### 3.4 A TEORIA DE HENDERSON E SUAS INTERFACES COM A PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA

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).

Para a proposta do subconjunto terminológico CIPE<sup>®</sup> para idosos atendidos na Atenção Básica, objeto deste estudo, escolheu-se, entre as diferentes teorias e modelos conceituais da Enfermagem, o modelo teórico proposto por Virginia Henderson, que 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; FURUKAWA; HOWE, 2000).

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 e morais dos indivíduos, conforme apresenta o Quadro 1.

**Quadro 1 – Distribuição das necessidades humanas fundamentais postuladas por Virginia Henderson, de acordo com seus componentes determinantes**

<b>COMPONENTES</b>	<b>NECESSIDADES</b>
Biológicos/ fisiológicos	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, cuidado e proteger a pele Evitar os perigos ambientais
Psicológicos	Comunicar-se Aprender
Sociais	Ocupar-se com vistas à autorrealização Participar de atividades recreativas
Espirituais e morais	Viver de acordo com sua fé

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.

A prática clínica de enfermagem ao idoso, fundamentada nos pressupostos dessa teórica, possibilita uma análise da sua situação de saúde, a partir da elaboração de diagnósticos de enfermagem coerentes, subsidiando a determinação da fonte do problema pelo enfermeiro, para o planejamento de intervenções de enfermagem, com o objetivo de recuperar a independência do cliente tão rapidamente quanto possível.

Nessa perspectiva, o modelo de cuidados de Henderson pode fornecer uma valiosa contribuição para a prática clínica do enfermeiro ao idoso na Atenção Básica, 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 MÉTODOS

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de desenvolvimento metodológico, considerada uma estratégia de pesquisa que visa, mediante o uso sistemático dos conhecimentos existentes, elaborar uma nova intervenção ou melhorar um instrumento, um dispositivo ou um método de mensuração (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

Esse tipo de estudo tem seu foco na elaboração, validação, avaliação e aperfeiçoamento de instrumentos e técnicas de pesquisa e de estratégias metodológicas (POLIT; BECK, 2011). Diante do contexto, a presente pesquisa apresentou como resultado a estruturação de um subconjunto terminológico da CIPE<sup>®</sup> para idosos na Atenção Básica, segundo modelo teórico de Henderson.

### 4.2 ETAPAS DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido em quatro etapas: 1) Coleta de termos e conceitos relevantes para a prática clínica de enfermagem relacionados à pessoa idosa; 2) Validação dos termos e construção do Banco de Termos para a Prática Clínica de Enfermagem ao Idoso na Atenção Básica; 3) Elaboração dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem; e 4) Estruturação de um Subconjunto Terminológico da CIPE<sup>®</sup> para Idosos na Atenção Básica.

#### **4.2.1 Coleta de termos e conceitos relevantes para a prática clínica de enfermagem relacionados à pessoa idosa**

Essa etapa consistiu em uma pesquisa documental, desenvolvida a partir da análise nos documentos oficiais sobre idosos e no Modelo de Sete Eixos da CIPE<sup>®</sup>, para identificação de termos considerados, clínica e culturalmente, relevantes para a prática clínica de enfermagem na Atenção Básica de Saúde.

Para a identificação de termos foram utilizadas as seguintes referências:

- *Política Nacional do Idoso (PNI – Lei nº 8.842)*: sancionada em 4 de janeiro de 1994 e regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, essa lei assegura os direitos sociais e amplo amparo legal ao idoso e estabelece as condições para promover sua integração, autonomia e participação efetiva na sociedade. Objetiva atender às necessidades básicas da população idosa no tocante a educação, saúde, habitação e urbanismo, esporte, trabalho, assistência social e previdência, justiça, por meio da descentralização de suas ações por intermédio dos órgãos setoriais nos estados e municípios, em parceria com entidades governamentais e não-governamentais (BRASIL, 1994).

- *Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741)*: instituída em 1º de outubro de 2003, essa lei regulamenta os direitos assegurados a todos os cidadãos a partir dos 60 anos de idade, estabelecendo também deveres e medidas de punição. É a forma legal de maior potencial da perspectiva de proteção e regulamentação dos direitos da pessoa idosa. (BRASIL, 2003).

- *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI – Portaria 1.395/1999)*: esta política visa à promoção do envelhecimento saudável, à prevenção de doenças, à recuperação da saúde, à preservação/melhoria/reabilitação da capacidade funcional dos idosos com a finalidade de assegurar-lhes sua permanência no meio e sociedade em que vivem, desempenhando suas atividades de maneira independente. Nela estão definidas as diretrizes norteadoras de todas as ações no setor saúde, e indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance da proposta. Além disso, ela orienta o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar seu desenvolvimento, considerando possíveis ajustes determinados pela prática (BRASIL, 2006a).

- *Caderno de Atenção Básica nº. 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*: esta publicação foi elaborada com a finalidade de oferecer alguns subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa, de forma a facilitar a prática clínica dos profissionais que atuam na Atenção Básica, usando como referência as diretrizes da PNSPI e o paradigma da funcionalidade. Objetiva suprir uma carência sobre conteúdos específicos da área do envelhecimento, utilizando uma linguagem acessível, disponibilizando instrumentos e tecendo discussões atualizadas no sentido de auxiliar a adoção de condutas mais apropriadas às demandas dessa população, com vistas a uma abordagem integral (BRASIL, 2007).

- *Guia Prático do Cuidador*: este documento visa orientar profissionais e leigos nos cuidados e na atenção à saúde de pessoas com incapacidade ou deficiência. Busca propiciar maior segurança nas ações prestadas, estimulando a participação da família e da

comunidade nos cuidados, de forma a promover uma melhor qualidade de vida para o indivíduo. Além disso, incentiva os cuidadores para a prática do autocuidado (BRASIL, 2008).

Esses documentos foram submetidos à leitura exaustiva e posterior extração dos termos, que foram decompostos em termos simples (substantivos, verbos, advérbios e adjetivos), gerando uma listagem de termos, que foram transcritos em fichas terminológicas, que são documentos que subsidiam a coleta, o registro e a posterior análise de termos utilizados na prática clínica do enfermeiro e relevantes para a prioridade elencada para a estruturação do subconjunto terminológico (CLARES *et al.*, 2013). Procedeu-se, então, uma análise quanto à sinonímia, identificação e exclusão de termos relacionados a procedimentos médicos, processos patológicos e a medicamentos. Em seguida esses termos foram submetidos a um processo de normalização e uniformização, com retirada das repetições, correção gráfica e realização de adequações de gênero e número.

#### **4.2.2 Validação dos termos e construção do Banco de Termos para a Prática Clínica de Enfermagem ao Idoso na Atenção Básica**

Concluída a etapa anterior, os termos identificados foram submetidos ao processo de validação de conteúdo por um comitê de juízes, composto por enfermeiros com notório conhecimento na área da saúde do idoso e/ou Atenção Básica de Saúde e/ou CIPE<sup>®</sup>, capacitados para analisar o conteúdo, a apresentação, a clareza e a compreensão dos termos e conceitos relevantes para a prática clínica de enfermagem ao idoso na Atenção Básica, conferindo-lhes validade.

O CIE não refere critérios próprios de padronização para seleção do comitê de juízes que devem participar do processo de validação de conteúdo, ficando por conta dos autores estabelecerem critérios para a participação dos mesmos.

Nesta pesquisa, foram adotados os critérios para a seleção dos especialistas adaptados do estudo de Fehring (1994), sendo incluídos no estudo aqueles que atingissem, no mínimo, cinco pontos de acordo com os critérios apresentados no Quadro 2.

**Quadro 2 – Critérios para a composição do comitê de validação dos termos relevantes para a prática clínica de enfermagem ao idoso na Atenção Básica. Fortaleza, CE, 2014**

<b>Critério</b>	<b>Pontuação</b>
Ter grau de doutor	4
Ter grau de mestre	3
Ter desenvolvido dissertação e/ou tese na temática saúde do idoso, Atenção Básica e/ou CIPE <sup>®</sup>	3
Possuir especialização na área da saúde do idoso ou da Atenção Básica	2
Ter experiência profissional na área da saúde do idoso e/ou da atenção Básica há mais e dois anos	2
Ter trabalhos científicos publicados na área da saúde do idoso, da Atenção Básica e/ou da CIPE <sup>®</sup>	1
Participar de grupos de pesquisa/projetos que envolvam a temática saúde do idoso, Atenção Básica e/ou CIPE <sup>®</sup>	1

Fonte: adaptado de Fehring (1994).

Após análise curricular, os enfermeiros pré-selecionados foram convidados a participar mediante contato formal, via correio eletrônico, sendo encaminhados os seguintes documentos: 1) carta-convite, explicitando o motivo de sua escolha como juiz, os objetivos da pesquisa, bem como a importância da validação dos termos relevantes para a prática clínica de enfermagem ao idoso na Atenção Básica para a construção do subconjunto terminológico CIPE<sup>®</sup> para idosos nesse nível de atenção à saúde, e posterior divulgação e utilização na comunidade (Apêndice A); 2) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE em duas vias (Apêndice B); 3) questionário para caracterização desses especialistas; 4) formulário para validação dos termos e conceitos relevantes para a prática clínica de enfermagem ao idoso na Atenção Básica acrescido de orientações para preenchimento referente à validação (Apêndice C).

Foram seguidas as recomendações de Lynn (1986), que sugere um mínimo de cinco e um máximo de dez sujeitos participando desse processo. Ressalta-se aqui a dificuldade de captação dos especialistas. Durante a construção deste banco de termos, foram convidados 15 especialistas, selecionados por conveniência, mediante busca na Plataforma *Lattes*, do site do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), dentre os quais apenas oito aceitaram participar do estudo, mas somente cinco especialistas responderam ao formulário. Dessa forma, os termos foram validados por cinco especialistas da área de enfermagem, sendo esta uma limitação do estudo.

Solicitou-se que os enfermeiros analisassem e preenchessem o instrumento e julgassem se esses enunciados eram aplicáveis ou não à clientela, segundo a sua prática profissional. Em caso de discordância, ou quando julgassem necessário, o respondente poderia sugerir alterações.

Os dados foram coletados por meio de formulários individuais, tabulados e analisados em um banco de dados criado no programa computacional *Excel for Windows*. Os dados foram analisados por meio de estatísticas descritivas. Foram considerados validados os termos que atingiram uma concordância de pelo menos 80% entre os juízes, segundo recomenda Pasquali (1998). Os itens que não atingiram essa taxa foram desconsiderados para a estruturação do banco de termos da prática clínica de enfermagem ao idoso na Atenção Básica.

Após esse processo, os termos validados foram importados das planilhas do *Excel for Windows* para o programa *Access for Windows* para a construção de tabela de termos, e foram submetidos ao processo de mapeamento cruzado com os termos do Modelo de Sete Eixos da CIPE<sup>®</sup> versão 2013. Isso resultou na ligação dos termos identificados nos documentos com os termos da CIPE<sup>®</sup>, identificando-se os termos constantes e não constantes nessa terminologia. Depois desse processo, foi constituído o banco de termos para a prática clínica de enfermagem ao idoso na Atenção Básica.

Esses termos foram distribuídos de acordo com o referencial de Henderson, nos aspectos relacionados às 14 necessidades que influenciam a realização das atividades de vida da pessoa idosa.

#### **4.2.3 Elaboração dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem**

Esta fase da pesquisa foi operacionalizada conforme as recomendações do CIE, tendo por base o Modelo de Referência de Diagnóstico de Enfermagem e Ação de Enfermagem da ISO 18.104 da *International Organization for Standardization* (ISO, 2003) e o Banco de Termos da Prática Clínica de Enfermagem ao Idoso na Atenção Básica construído na etapa anterior deste estudo.

Para construir os enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem foram utilizadas as diretrizes recomendadas pelo CIE, de incluir, obrigatoriamente, um termo do

eixo Foco e um do eixo Julgamento, e incluir termos adicionais, conforme a necessidade, dos eixos Foco, Julgamento, Cliente, Localização e Tempo.

Para cada enunciado de diagnóstico construído foram elaboradas intervenções de enfermagem empregando as seguintes diretrizes: incluir, obrigatoriamente, um termo do eixo Ação e um termo Alvo, considerado como sendo qualquer um dos termos dos demais eixos, com exceção do eixo Julgamento; sendo incluídos, quando necessário, termos adicionais, de acordo com a necessidade, dos eixos Foco, Cliente, Localização, Meios, Ação e Tempo.

Na elaboração dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem foram consultados os conceitos de diagnósticos/ resultados e ações de enfermagem contidas na CIPE<sup>®</sup> versão 2013.

Os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções foram classificados de acordo com as Necessidades Humanas Fundamentais do modelo teórico elaborado por Henderson (2006), que representam as áreas de atuação dos cuidados de enfermagem. Nesse sentido, esse modelo será utilizado para organizar esses fenômenos de enfermagem, de acordo com a ordem de prioridade das necessidades de cuidado estabelecidas pela teórica, a saber: 1) respiração; 2) alimentação; 3) eliminação; 4) movimento; 5) sono e repouso; 6) vestuário; 7) termorregulação; 8) higiene, cuidado e proteção da pele; 9) controle do ambiente; 10) comunicação; 11) prática religiosa/ espiritual; 12) trabalho; 13) lazer e 14) aprendizagem.

#### **4.2.4 Estruturação de um subconjunto terminológico da CIPE<sup>®</sup> para idosos na Atenção Básica**

A proposta do subconjunto terminológico da CIPE<sup>®</sup> desenvolvido no presente estudo foi finalizada incluindo-se: 1) a clientela a qual se destina; 2) os objetivos; 3) significância para a prática clínica de enfermagem; 4) o modelo teórico utilizado – Teoria de Virginia Henderson; e 5) a relação dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, distribuídos segundo o modelo teórico.

#### **4.3 Aspectos éticos e legais**

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 da Universidade Estadual do Ceará, sob o número de parecer 501.721 e CAAE: 18669013.7.0000.5534 (Anexo A).

Como recomendado, os participantes do estudo foram orientados sobre o sigilo, natureza, objetivos e benefícios da pesquisa. Além disso, assinaram um TCLE (Apêndice B), segundo o qual podiam retirar sua anuência quando desejassem, sem qualquer ônus financeiro e/ou material.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 BANCO DE TERMOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA

Foram identificados 880 termos considerados relevantes para a prática de enfermagem ao idoso na Atenção Básica nos documentos oficiais sobre idosos publicados no Brasil. Posteriormente, foram excluídos os termos relacionados a procedimentos médicos, processos patológicos e a medicamentos, resultando em 616 termos. Estes passaram por um processo de normalização e uniformização, com retirada de duplicações, correções gráficas e adequações de gênero e número, totalizando 373 termos, submetidos à validação de conteúdo.

Dos 373 termos submetidos ao processo de validação, 359 foram considerados válidos obtendo-se uma concordância  $\geq 0,80$ . Estes termos foram cruzados com os termos da CIPE<sup>®</sup> versão 2013, resultando em 279 termos constantes e 80 termos não constantes nessa classificação, os quais foram distribuídos de acordo com o Modelo de Sete Eixos (Quadro 3).

**Quadro 3 – Banco de termos para a prática clínica de enfermagem ao idoso na Atenção Básica. Fortaleza, CE, 2014**

<b>Eixos</b>	<b>Termos constantes na CIPE<sup>®</sup></b>	<b>Termos não constantes na CIPE<sup>®</sup></b>
<b>Ação</b>	Aconselhar; Ação; Alimentar-se; Alterar; Aplicar; Apoiar; Assegurar; Atender; Avaliar; Banhar-se; Cateterizar; Colaborar; Consultar; Colocar roupas; Contatar; Contribuir; Controlar; Coordenar; Desenvolver; Encaminhar; Encorajar; Estabelecer; Estimular; Evitar; Explicar; Facilitar; Guiar; Intervir; Investigar; Monitorar; Notificar; Orientar; Planejar; Preparar; Prescrever; Prevenir; Priorizar; Promover; Proporcionar; Proteger; Reabilitar; Reforçar; Registrar; Regular; Restringir; Supervisionar; Transferir; Trocar; Verificar; Vestir-se/ despir-se	Acompanhar; Assistir TV; Atualizar; Buscar; Contribuir; Ensinar; Fazer sozinho; Programar
<b>Cliente</b>	Adulto; Casal; Cuidador; Cuidador familiar; Família; Grupo; Idoso; Indivíduo; Paciente; Pais	Amigo; Cônjuge; Filho, Filha; Homem; Neto
<b>Foco</b>	Abandono; Abuso sexual; Adaptação; Adesão; Alcoolismo; Alergia; Angústia;	Abordagem integral; Acompanhamento; Aflição; Alongamento; Alterações

	<p>Ansiedade; Apetite; Apoio emocional; Atenção; Atitude; Audição; Autocuidado; Autoestima; Autonomia; Baixo peso; Banho; Capacidade olfativa; Capacidade para colocação de roupas; Complicação; Comportamento; Comportamento agressivo; Comportamento sexual; Comunicação; Conforto; Confusão; Constipação; Continência intestinal; Continência urinária; Controle; Cuidado; Deambulação; Deglutição; Delírio; Demência; Dentição; Depressão; Desconforto; Desempenho de papel; Desmaio; Diabetes; Diarreia; Dignidade; Direitos do paciente; Discriminação; Dor; Edema; Efeito adverso da medicação; Efeito analgésico; Efeito colateral; Enfrentamento; Equilíbrio; Esgotamento; Esperança; Estresse; Exame físico; Exercício; Fadiga; Febre; Ferida; Fezes; Flatulência; Fome; Fratura; Hidratação; Higiene; Hiperglicemia; Hipertensão; Hipertermia; Hipoglicemia; Hipotensão; Hipotermia; Impactação; Impotência; Impotência sexual; Incapacidade; Incontinência de urgência; Incontinência intestinal; Incontinência urinária; Infecção; Inflamação; Ingestão de alimentos; Ingestão de líquidos; Insegurança; Insônia; Integridade; Integridade da pele; Isolamento social; Lazer; Lesão; Ligação afetiva; Luto; Má nutrição; Mastigação; Medo; Memória; Micção; Mobilidade; Morte; Mudança de posição; Necessidade; Negligência; Nutrição; Obesidade; Papel da família; Peso; Polifármacos; Prazer; Pressão sanguínea; Procedimento; Processo; Processo familiar; Prurido; Qualidade de vida; Queda; Realização; Regime medicamentoso; Retenção urinária; Saúde; Sede; Segurança; Sentar; Sistema musculoesquelético; Sobrepeso; Sofrimento; Solidão; Sono; Suicídio; Tabagismo; Temperatura; Tolerância à dieta; Tomada de decisão; Tontura; Tosse; Trauma; Tristeza; Úlcera por pressão; Urina; Vergonha; Violência; Violência doméstica; Vômito</p>	<p>fisiológicas; Anorexia; Aposentadoria; Assadura; Atividade de vida diária; Autoconfiança; Autonegligência; Automedicação; Bem-estar; Cansaço; Cárie; Comorbidade; Criatividade; Declínio funcional; Deficiência física; Fragilidade; Infantilização; Instabilidade postural; Instabilidade articular; Interação medicamentosa; Inversão de papéis; Maus tratos; Reabilitação; Regime terapêutico; Relação social; Repouso; Sedentarismo; Sexualidade; Sobrecarga; Tônus muscular; Tratamento; Vínculo</p>
<b>Julgamento</b>	<p>Adequado; Alto; Complexo; Dependência; Eficaz; Estado; Parcial;</p>	<p>Alegre; Alterado; Analfabeto; Assintomático</p>

	Prejudicado; Risco; Total	
<b>Localização</b>	Abdome; Ambulatório; Esfíncter anal; Bexiga urinária; Cavidade oral; Braço; Cabeça; Cabelo; Corpo; Hospital-dia; Intestino; Mama; Músculo; Olhos; Ombro; Ouvido; Pele; Pênis; Posterior; Próstata; Pulmão; Períneo; Vagina; Veia; Via intramuscular; Via intravenosa; Via oral; Via subcutânea; Vizinhança	Ambiente; Área de abrangência; Casa; Centro de convivência; Domicílio; Joelho; Ostomia; Unidade básica de saúde
<b>Meios</b>	Alimento; Amputação; Assistente social; Serviço de cuidado domiciliar; Bengala; Cadeira de rodas; Cama; Ducha; Cirurgia; Curativo de ferida; Droga; Enema; Equipe interprofissional; Enfermeiro; Fralda; Lentes de contato; Medicação; Médico; Órtese; Prontuário do paciente; Prótese; Quimioterapia; Radioterapia; Relaxamento muscular; Serviço de saúde; Vacina; Vestuário	Acompanhante; Agente comunitário de saúde; Agressor; Ajudante; Andador; Barras de apoio; Caderneta de saúde da pessoa idosa; Educação em saúde; Penico; Preservativo; Serviço de atenção básica; Sonda; Supositório; Urinol; Vitamina D
<b>Tempo</b>	Agudo; Crônico; Dia; Frequência; Hoje; Hospitalização; Idade; Menopausa; Situação; Visita domiciliar	Horário; Subagudo; Velhice

Dos 279 termos constantes na CIPE<sup>®</sup> Versão 2013: 50 ficaram no eixo Ação, 10 no eixo Cliente, 143 no eixo Foco, 10 no eixo Julgamento, 29 no eixo Localização, 27 no eixo Meios e 10 no eixo Tempo. Para classificar os 80 termos não constantes, de acordo com os eixos da CIPE<sup>®</sup> Versão 2013, levaram-se em consideração a definição do eixo e sua coerência com o significado dos termos identificados, resultando em: 08 termos no eixo Ação; 06 no eixo Cliente; 36 no eixo Foco; 04 no eixo Julgamento; 08 no eixo Localização; 15 no eixo Meios; e 03 no Tempo (Quadro 3).

Os 12 termos não validados pelos enfermeiros peritos ( $IC < 0,80$ ) foram: *À beira do leito; Absorção; Agnosia; Ano; Assistência parcial; Banheira; Capacidade de reserva; Cintura; Coma; Educação permanente; Fecaloma; Papagaio.*

## 5.2 ENUNCIADOS DE DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

A construção dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem foi operacionalizada com base no Banco de Termos para a Prática Clínica de

Enfermagem ao Idoso na Atenção Básica, construído na etapa anterior, e seguindo as recomendações do CIE. Esse processo resultou em 127 enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem e 515 de intervenções de enfermagem, as quais foram distribuídas de acordo com a classificação dos componentes determinantes das necessidades de cuidado de Henderson (Quadro 4).

Para organizar os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, nessa classificação, 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).

**Quadro 4 – Enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem segundo as Necessidades de Cuidado de Henderson. Fortaleza, CE, 2014.**

Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem
<b>Componentes biológicos/ fisiológicos – Necessidade de respirar</b>	
1. Padrão respiratório melhorado	1. Registrar os relatos de melhora do padrão respiratório do idoso 2. Realizar exame físico do aparelho respiratório do idoso 3. Ensinar técnicas de respiração/relaxamento 4. Encorajar o abandono do tabagismo 5. Estimular a participação em atividades de lazer 6. Estimular a prática de atividade física regular.
2. Padrão respiratório prejudicado	7. Realizar exame físico do aparelho respiratório no idoso 8. Pesquisar sobre alterações na respiração durante a consulta de enfermagem 9. Ensinar técnicas de respiração/relaxamento 10. Orientar o idoso acerca das complicações do tabaco para o aparelho respiratório 11. Registrar informações da consulta de enfermagem no prontuário e/ou ficha de acompanhamento
3. Tosse seca	12. Investigar possíveis causas e fatores contribuintes da tosse 13. Realizar exame físico do aparelho respiratório no idoso 14. Estimular a tosse 15. Manter temperatura ambiente adequada 16. Realizar inalação, quando necessário 17. Encorajar o abandono do tabagismo 18. Solicitar exames complementares para avaliação

<b>Diagnósticos/ resultados de enfermagem</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
	19. Encaminhar o idoso para avaliação médica, se necessário
4. Tosse produtiva	20. Investigar possíveis causas e fatores contribuintes da tosse 21. Realizar exame físico do aparelho respiratório do idoso 22. Pesquisar o tempo de ocorrência da tosse 23. Avaliar a quantidade e características da expectoração 24. Monitorar nos sinais vitais 25. Estimular a tosse e a expectoração 26. Realizar inalação, quando necessário 27. Encorajar o abandono do tabagismo 28. Solicitar exames complementares para avaliação 29. Encaminhar o idoso para avaliação médica, se necessário 30. Registrar informações da consulta de enfermagem no prontuário e/ou ficha de acompanhamento
5. Uso de tabaco (especificar: leve, moderado ou excessivo)	31. Orientar o idoso acerca das complicações do tabagismo para a saúde 32. Negociar estratégias de redução de danos pelo idoso 33. Encorajar o abandono do tabagismo 34. Estimular a prática de atividade física regular
<b>Necessidade de comer e beber</b>	
6. Adesão ao regime dietético	35. Monitorar o regime dietético do idoso 36. Orientar o idoso sobre os benefícios da mudança no estilo de vida 37. Elogiar o idoso no cumprimento do regime dietético 38. Encorajar o idoso a manter o regime dietético
7. Apetite melhorado	39. Mensurar o peso e calcular o IMC do idoso durante a consulta de enfermagem 40. Incentivar a manutenção de uma alimentação saudável, respeitando as preferências do idoso 41. Estabelecer uma rotina de horários para as refeições
8. Capacidade de preparar alimentos efetiva	42. Elogiar o desempenho no preparo das refeições de forma independente 43. Reforçar a importância de manter o ambiente organizado e seguro para o preparo dos alimentos 44. Incentivar a manutenção de uma alimentação saudável, respeitando as preferências do idoso
9. Capacidade de preparar alimentos prejudicada	45. Identificar limitações que comprometam a capacidade de preparar os alimentos 46. Manter supervisão no preparo dos alimentos, quando necessário 47. Estimular a independência do idoso no preparo dos alimentos, respeitando suas limitações 48. Orientar a organização do ambiente de modo a facilitar o preparo dos alimentos pelo idoso 49. Orientar familiares e/ou cuidador a manter um ambiente seguro para o preparo dos alimentos pelo idoso
10. Deglutição prejudicada	50. Orientar o idoso a prender a respiração ao engolir 51. Orientar acerca da importância de mastigar bem os alimentos antes de engolir e assegurar-se que a porção anterior de alimentos tenha sido deglutida

<b>Diagnósticos/ resultados de enfermagem</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
	52. Evitar distrações durante o ato de se alimentar 53. Ensinar ao idoso e/ou cuidador medidas de emergência em caso de engasgo 54. Orientar cuidados com a saúde bucal
11. Dentição prejudicada	55. Avaliar a cavidade oral do idoso durante a consulta de enfermagem 56. Orientar sobre a higiene oral após as refeições e sempre que necessário 57. Orientar técnica correta de escovação dos dentes 58. Orientar a correta higienização de próteses dentárias 59. Investigar o uso de substâncias ou alimentos corrosivos (álcool, tabaco, alimentos condimentados) 60. Explicar acerca dos prejuízos do uso de substâncias corrosivas (álcool, tabaco, alimentos condimentados) para a saúde bucal 61. Incentivar acompanhamento periódico com o dentista
12. Falta de adesão ao regime dietético	62. Orientar o idoso e a família/cuidador quanto à dieta. 63. Incentivar a manutenção de uma alimentação saudável, respeitando as preferências do idoso 64. Encorajar a modificação no estilo alimentar pelo idoso 65. Incentivar o idoso a aderir ao regime dietético
13. Hidratação prejudicada	66. Monitorar a ingestão de líquidos pelo idoso 67. Investigar as causas da redução da ingestão de líquidos 68. Avaliar sinais de desidratação 69. Estimular o aumento da ingestão de líquidos pelo idoso 70. Explicar ao idoso acerca das complicações da ingestão de líquidos diminuída para a saúde 71. Observar sinais de anemia e/ou sangramentos 72. Registrar informações da consulta de enfermagem no prontuário e/ou ficha de acompanhamento
14. Inapetência	73. Pesquisar as causas da perda de apetite pelo idoso 74. Mensurar o peso e calcular IMC do idoso durante a consulta de enfermagem 75. Pesquisar a adoção de dietas restritivas pelo idoso 76. Investigar dificuldades para a aquisição de alimentos pelo idoso 77. Incentivar a manutenção de uma alimentação saudável, respeitando as preferências do idoso 78. Estabelecer uma rotina de horários para as refeições 79. Registrar informações da consulta de enfermagem no prontuário e/ou ficha de acompanhamento 80. Encaminhar o idoso para nutricionista e/ou avaliação psicológica, se necessário
15. Ingestão de líquidos adequada	81. Avaliar o estado de hidratação do idoso 82. Incentivar a ingestão de, no mínimo, dois litros de líquidos diariamente 83. Elogiar o idoso pela ingestão adequada de líquidos
16. Peso corporal adequado	84. Mensurar o peso e calcular IMC do idoso durante a consulta de enfermagem 85. Encorajar o idoso a manutenção do peso

<b>Diagnósticos/ resultados de enfermagem</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
	86. Reforçar a manutenção de uma alimentação saudável 87. Estimular a prática de atividade física regular 88. Elogiar o idoso pelo cumprimento das orientações fornecidas
17. Peso corporal aumentado	89. Investigar causas de ganho de peso pelo idoso 90. Mensurar o peso e calcular IMC e a medida da circunferência abdominal do idoso durante a consulta de enfermagem 91. Planejar, em parceria com o idoso, estratégias para redução do peso 92. Incentivar a manutenção de uma alimentação saudável, respeitando as preferências do idoso 93. Registrar informações da consulta de enfermagem no prontuário e/ou caderneta de saúde da pessoa idosa 94. Estimular a prática de atividade física regular 95. Encaminhar o idoso para nutricionista e/ou avaliação psicológica, se necessário
18. Peso corporal diminuído	96. Investigar causas de perda de peso pelo idoso 97. Mensurar o peso e calcular IMC do idoso durante a consulta de enfermagem 98. Pesquisar a adoção de dietas restritivas pelo idoso 99. Investigar dificuldades para a aquisição de alimentos pelo idoso 100. Incentivar a manutenção de uma alimentação saudável, respeitando as preferências do idoso 101. Registrar informações da consulta de enfermagem no prontuário e/ou caderneta de saúde da pessoa idosa 102. Encaminhar o idoso para nutricionista e/ou avaliação psicológica, se necessário
<b>Necessidade de eliminar</b>	
19. Constipação	103. Identificar as causas da constipação intestinal 104. Investigar o hábito intestinal do idoso e as características das fezes 105. Realizar exame físico do aparelho gastrointestinal no idoso 106. Estimular a adequação da ingestão de líquidos pelo idoso 107. Incentivar a manutenção de uma alimentação saudável, rica em fibras, pelo idoso 108. Ensinar técnicas para o manejo intestinal ao idoso (massagem abdominal, extração manual de fezes, uso de supositório de glicerina, quando necessário) 109. Desencorajar o uso de laxantes por via oral 110. Incentivar a prática regular de atividade física 111. Orientar a seleção de uma dieta rica em fibras
20. Diarreia	112. Identificar os fatores desencadeantes da diarreia 113. Investigar as condições de saneamento básico do domicílio do idoso 114. Orientar quanto às medidas de higiene pessoal e dos alimentos 115. Avaliar sinais de desidratação

<b>Diagnósticos/ resultados de enfermagem</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
	116. Monitorar a frequência e as características das eliminações intestinais 117. Estimular o aumento da ingestão de líquidos pelo idoso 118. Desencorajar o consumo de substâncias e alimentos que aumentem o peristaltismo intestinal (caféina, bebidas gaseificadas) 119. Registrar informações da consulta de enfermagem no prontuário e/ou ficha de acompanhamento
21. Disposição para eliminação intestinal melhorada	120. Estimular a manutenção da ingestão de líquidos adequada 121. Incentivar a prática regular de atividade física 122. Incentivar a manutenção de uma alimentação saudável 123. Elogiar o idoso pelo cumprimento das orientações fornecidas
22. Disposição para eliminação urinária melhorada	124. Estimular a manutenção da ingestão de líquidos adequada 125. Estimular a perda de peso pelo idoso 126. Incentivar a prática regular de atividade física 127. Elogiar o idoso pelo cumprimento das orientações fornecidas
23. Eliminação intestinal melhorada	128. Avaliar a frequência e as características da eliminação intestinal 129. Estimular a adequação da ingestão de líquidos 130. Incentivar a prática regular de atividade física 131. Incentivar a manutenção de uma alimentação saudável 132. Elogiar o idoso pelo cumprimento das orientações fornecidas
24. Eliminação urinária melhorada	133. Avaliar a frequência e as características da eliminação urinária 134. Estimular a adequação da ingestão de líquidos 135. Estimular a perda de peso pelo idoso 136. Incentivar a prática regular de atividade física 137. Elogiar o idoso pelo cumprimento das orientações fornecidas
25. Incontinência intestinal	138. Identificar as causas da incontinência intestinal 139. Investigar o hábito intestinal do idoso 140. Pesquisar sobre os hábitos alimentares do idoso 141. Orientar o uso de fraldas 142. Encorajar o idoso a adotar uma rotina para evacuar 143. Ensinar técnicas para o manejo intestinal ao idoso (massagem abdominal, extração manual de fezes, uso de supositório de glicerina, quando necessário) 144. Planejar a organização do ambiente, facilitando o acesso do idoso ao banheiro 145. Ensinar exercícios de fortalecimento da musculatura anal 146. Fornecer apoio emocional ao idoso
26. Incontinência urinária	147. Investigar as causas da incontinência urinária 148. Pesquisar o uso de medicamentos que possam contribuir para a incontinência (diuréticos, antidepressivos) 149. Orientar quanto à micção programada em intervalos

<b>Diagnósticos/ resultados de enfermagem</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
	<p>regulares e a respeitar o primeiro desejo miccional</p> <p>150. Orientar o idoso e/ou cuidador sobre o uso de fraldas e/ou dispositivo urinário externo à noite</p> <p>151. Desencorajar a ingestão de líquidos no período noturno</p> <p>152. Orientar o idoso e/ou cuidador para monitorar os sinais e sintomas de infecção do trato urinário</p> <p>153. Orientar sobre a redução da ingestão de alimentos considerados irritantes vesicais (caféina, bebidas gaseificadas, pimenta, e alimentos e bebidas ácidas)</p> <p>154. Orientar exercícios para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico</p> <p>155. Orientar medidas de higiene pessoal</p> <p>156. Estimular a perda de peso pelo idoso</p> <p>157. Incentivar a prática regular de atividade física</p> <p>158. Fornecer apoio emocional ao idoso</p>
27. Incontinência urinária de urgência	<p>159. Orientar a respeitar o primeiro desejo miccional</p> <p>160. Treinar a micção programada em intervalos regulares</p> <p>161. Orientar sobre a redução da ingestão de alimentos considerados irritantes vesicais (caféina, bebidas gaseificadas, pimenta, e alimentos e bebidas ácidas)</p> <p>162. Orientar exercícios para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico</p> <p>163. Planejar a organização do ambiente, facilitando o acesso do idoso ao banheiro</p> <p>164. Estimular a perda de peso pelo idoso</p> <p>165. Incentivar a prática regular de atividade física</p>
28. Retenção urinária	<p>166. Investigar as causas da retenção urinária</p> <p>167. Pesquisar o uso de medicamentos que possam contribuir para retenção urinária (antidepressivos, anticolinérgicos)</p> <p>168. Orientar o idoso e/ou cuidador para monitorar os sinais e sintomas de infecção do trato urinário</p> <p>169. Orientar o cateterismo vesical intermitente, quando necessário</p> <p>170. Orientar medidas de higiene pessoal</p>
<b>Necessidade de dormir e repousar</b>	
29. Fadiga	<p>171. Investigar as causas da fadiga</p> <p>172. Avaliar a energia/disposição do idoso para a realização das atividades de vida diária</p> <p>173. Otimizar a realização das tarefas importantes e prioritárias pelo idoso</p> <p>174. Orientar a necessidade de períodos de descanso entre as atividades</p> <p>175. Auxiliar o idoso na execução das tarefas difíceis, quando necessário</p> <p>176. Planejar adaptações no ambiente domiciliar</p>
30. Padrão de sono melhorado	<p>177. Reforçar a importância de um descanso satisfatório para a manutenção da saúde</p> <p>178. Ensinar ao idoso e/ou cuidador medidas de conforto e técnicas de relaxamento muscular</p> <p>179. Orientar sobre a redução da ingestão de alimentos</p>

<b>Diagnósticos/ resultados de enfermagem</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
	<p>considerados estimulantes (cafeína, chocolate, bebidas gaseificadas)</p> <p>180. Planejar a organização do ambiente, promovendo conforto e fornecendo condições adequadas para promover o sono</p> <p>181. Orientar sobre a importância de seguir uma rotina de horários para dormir e repousar</p> <p>182. Incentivar a prática regular de atividade física</p>
31. Padrão de sono prejudicado	<p>183. Investigar causas de interferência no sono</p> <p>184. Avaliar o padrão habitual de sono do idoso durante a consulta de enfermagem</p> <p>185. Orientar sobre a redução da ingestão de alimentos considerados estimulantes (cafeína, chocolate, bebidas gaseificadas)</p> <p>186. Ensinar ao idoso e/ou cuidador medidas de conforto e técnicas de relaxamento muscular</p> <p>187. Planejar a organização do ambiente, promovendo conforto e fornecendo condições adequadas para promover o sono</p> <p>188. Orientar sobre a importância de seguir uma rotina de horários para dormir e repousar</p> <p>189. Incentivar a prática regular de atividade física</p>
32. Repouso eficaz	<p>190. Reforçar as orientações sobre a necessidade de períodos de descanso entre as atividades</p> <p>191. Reduzir estímulos ambientais 30 minutos antes e durante os períodos de repouso</p> <p>192. Planejar a organização do ambiente, promovendo conforto e fornecendo condições adequadas para o repouso</p>
<b>Necessidade de mover-se e manter uma boa postura</b>	
33. Capacidade de transferência efetiva	<p>193. Avaliar as limitações físicas do idoso para se transferir</p> <p>194. Ensinar à família e/ou ao cuidador sobre técnicas de transferência mais adequadas e seguras para o idoso</p> <p>195. Reforçar a orientação sobre o uso adequado de recursos auxiliares para a realização das transferências</p> <p>196. Reforçar orientações sobre técnicas de transferência mais adequadas e seguras para o idoso</p>
34. Capacidade de transferência prejudicada	<p>197. Avaliar as limitações físicas do idoso para se transferir</p> <p>198. Auxiliar o idoso nas transferências, quando necessário</p> <p>199. Avaliar a necessidade de recursos auxiliares para a realização das transferências</p> <p>200. Incentivar o uso de recursos auxiliares para a realização das transferências sempre que necessário</p> <p>201. Ensinar à família e/ou ao cuidador sobre técnicas de transferência mais adequadas e seguras para o idoso</p> <p>202. Encorajar a independência do idoso para transferência, de acordo com suas limitações físicas</p>
35. Deambulação efetiva	<p>203. Encorajar a independência do idoso para deambular, respeitando suas limitações físicas</p> <p>204. Incentivar a prática regular de atividade física</p>

<b>Diagnósticos/ resultados de enfermagem</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
	205. Orientar o idoso e família sobre medidas preventivas de quedas e adaptações no ambiente domiciliar
36. Deambulação prejudicada	206. Identificar fatores predisponentes para prejuízos da deambulação 207. Supervisionar a deambulação do idoso 208. Auxiliar o idoso enquanto deambula, quando necessário 209. Orientar o uso de recursos que facilitam a locomoção 210. Orientar o idoso e família sobre medidas preventivas de quedas e adaptações no ambiente domiciliar 211. Incentivar a prática regular de atividade física
37. Intolerância à atividade física	212. Investigar as causas da intolerância à atividade 213. Planejar, em parceria com o idoso, estratégias para aumentar o nível de atividade e melhorar o condicionamento 214. Orientar a interrupção da atividade em caso de mal-estar 215. Orientar a necessidade de períodos de descanso entre as atividades
38. Mobilidade física prejudicada	216. Identificar as alterações na mobilidade do idoso 217. Incentivar o uso de recursos que facilitam a locomoção 218. Orientar sobre o tipo de calçado adequado 219. Rastrear o risco de quedas e de outros acidentes no domicílio
<b>Necessidade de vestir-se e despir-se</b>	
39. Capacidade para vestir-se e despir-se efetiva	220. Encorajar a independência do idoso para vestir-se e despir-se, respeitando suas limitações 221. Elogiar o desempenho do idoso em executar as atividades de vestir-se e despir-se de forma independente 222. Reforçar aos familiares e cuidadores sobre vestimentas fáceis de vestir (preferir roupas largas e com botões) 223. Reforçar a importância de manter o ambiente organizado e seguro para realização das atividades de vestir-se e despir-se
40. Capacidade para vestir-se e despir-se prejudicada	224. Identificar limitações que comprometam a capacidade de vestir-se e despir-se 225. Orientar aos familiares e cuidadores sobre vestimentas fáceis de vestir (preferir roupas largas e com botões) 226. Realizar treino de vestuário com o idoso 227. Supervisionar as atividades de vestir-se e despir-se, quando necessário 228. Avaliar o risco de quedas e acidentes durante as atividades de vestir-se e despir-se 229. Organizar o ambiente de modo a facilitar a realização das atividades de vestir-se e despir-se 230. Avaliar necessidade de recursos de adaptação para realizar as atividades de vestir-se e despir-se 231. Encorajar a independência do idoso para vestir-se e despir-se, respeitando suas limitações
41. Capacidade para arrumar-se prejudicada	232. Identificar limitações que comprometam a capacidade de aprontar-se 233. Avaliar necessidade de recursos de adaptação para o

Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem
	idoso arrumar-se 234. Organizar o ambiente de modo a facilitar a realização da atividade de arrumar-se 235. Encorajar a independência do idoso para arrumar-se, respeitando suas limitações
42. Capacidade para arrumar-se efetiva	236. Encorajar a independência do idoso para arrumar-se, respeitando suas limitações 237. Elogiar o desempenho do idoso em executar a atividade de arrumar-se de forma independente 238. Reforçar a importância de manter o ambiente organizado de modo a facilitar a realização da atividade de arrumar-se
<b>Necessidade de manter a temperatura adequada</b>	
43. Febre	239. Avaliar o idoso quanto aos sintomas associados 240. Acompanhar curva de temperatura 241. Orientar o uso de meios físicos para o controle da febre 242. Administrar medicação antitérmica, conforme adequado 243. Orientar familiares e/ou cuidador a manter o ambiente arejado 244. Incentivar a ingestão de líquidos 245. Observar reações de desorientação/confusão 246. Registrar informações da consulta de enfermagem no prontuário e/ou ficha de acompanhamento
44. Hipertermia	247. Avaliar o idoso quanto aos sintomas associados 248. Acompanhar curva de temperatura 249. Ensinar o idoso e/ou cuidador os sinais precoces de alerta e os riscos da hipertermia 250. Incentivar a ingestão de líquidos 251. Orientar familiares e/ou cuidador a manter o ambiente arejado 252. Estimular a reposição de líquidos após atividades com grandes gastos de energia 253. Orientar sobre a importância do uso de roupas adequadas para o ambiente ou para as atividades planejadas 254. Registrar informações da consulta de enfermagem no prontuário e/ou ficha de acompanhamento
45. Hipotermia	255. Avaliar o idoso quanto aos sintomas associados 256. Acompanhar curva de temperatura 257. Incentivar a ingestão de líquidos 258. Ensinar o idoso e/ou cuidador os sinais precoces de alerta e os riscos da hipotermia 259. Orientar os familiares e/ou cuidador a manter o idoso aquecido com uso de cobertores e evitar correntes de ar no ambiente 260. Registrar informações da consulta de enfermagem no prontuário e/ou ficha de acompanhamento
46. Temperatura corporal adequada	261. Mensurar a temperatura corporal do idoso 262. Incentivar a ingestão de líquidos 263. Ensinar o idoso e/ou cuidador os sinais precoces de alerta e os riscos de hipo/hipertermia

Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem
	264. Reforçar orientações sobre a importância do uso de roupas adequadas para o ambiente ou para as atividades planejadas
<b>Necessidade de estar limpo, cuidado e proteger a pele</b>	
47. Capacidade para banhar-se efetiva	265. Elogiar o desempenho nos cuidados com a higiene corporal 266. Estimular a independência para banhar-se, respeitando suas limitações 267. Reforçar orientações sobre cuidados com a higiene corporal 268. Reforçar orientações sobre a importância da higiene corporal adequada para a saúde do idoso
48. Capacidade para banhar-se prejudicada	269. Identificar limitações que comprometam a capacidade de tomar banho 270. Orientar cuidados com a higiene corporal para o idoso e/ou cuidador 271. Orientar sobre a importância da higiene corporal adequada para a saúde do idoso 272. Avaliar risco de quedas e acidentes durante o banho 273. Avaliar necessidade de recursos de apoio no banho e/ou adaptações no banheiro (apoio de pé, cadeira de banho, barras de apoio) 274. Supervisionar higiene corporal, quando necessário 275. Estimular a independência para banhar-se, respeitando suas limitações
49. Capacidade para o autocuidado efetiva	276. Elogiar o desempenho na realização das atividades de autocuidado 277. Estimular a capacidade do idoso para o autocuidado independente, respeitando suas limitações 278. Reforçar a importância da independência no autocuidado para a qualidade de vida do idoso
50. Capacidade para o autocuidado prejudicada	279. Identificar limitações que comprometam a capacidade de realizar o autocuidado 280. Estimular a capacidade do idoso para o autocuidado independente, respeitando suas limitações 281. Auxiliar o idoso no autocuidado, quando necessário 282. Orientar a importância da independência no autocuidado para a qualidade de vida do idoso
51. Capacidade para realizar a higiene oral efetiva	283. Elogiar o desempenho nos cuidados com a higiene oral 284. Estimular a independência nos cuidados com a higiene oral 285. Reforçar orientações sobre cuidados com a higiene oral
52. Capacidade para realizar a higiene oral prejudicada	286. Identificar limitações que comprometam a capacidade de realizar a higiene oral 287. Orientar sobre a higiene oral após as refeições e sempre que necessário 288. Orientar técnica correta de escovação dos dentes 289. Orientar a higienização de próteses dentárias 290. Estimular a independência nos cuidados com a higiene oral

<b>Diagnósticos/ resultados de enfermagem</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
53. Edema periférico	291. Avaliar as possíveis causas do edema 292. Monitorar a ingestão de líquidos 293. Avaliar condições da pele e perfusão do idoso 294. Orientar o idoso sobre repouso e elevação dos membros inferiores 295. Pesquisar sobre a alimentação do idoso 296. Solicitar exames complementares para avaliação
54. Edema periférico melhorado	297. Avaliar e registrar a melhora do edema periférico 298. Reforçar as orientações de risco do edema periférico 299. Incentivar a manutenção de uma alimentação saudável pelo idoso 300. Estimular a prática de atividade física regular
55. Integridade da pele prejudicada	301. Avaliar as características da lesão e condições da pele circunvizinha 302. Planejar rotina de cuidados com a lesão de pele 303. Ensinar familiares e/ou cuidador os cuidados com a lesão de pele, no domicílio 304. Estimular a ingestão adequada de líquidos 305. Incentivar a manutenção de uma alimentação saudável, respeitando as preferências do idoso
56. Mucosa oral prejudicada	306. Avaliar a cavidade oral do idoso durante a consulta de enfermagem 307. Orientar cuidados com a higiene oral 308. Investigar o uso de substâncias ou alimentos corrosivos (álcool, tabaco, alimentos condimentados) 309. Incentivar o aumento da ingestão de líquidos e a adoção de uma alimentação saudável pelo idoso 310. Explicar acerca dos prejuízos do uso de substâncias corrosivas (álcool, tabaco, alimentos condimentados) para a saúde bucal
57. Pele íntegra	311. Realizar inspeção da pele durante a consulta de enfermagem 312. Orientar hidratação da pele e o uso de hidratante 313. Orientar cuidados com a pele 314. Estimular a ingestão adequada de líquidos 315. Incentivar a manutenção de uma alimentação saudável, respeitando as preferências do idoso
58. Pele seca	316. Avaliar turgor cutâneo e nível de hidratação Incentivar a ingestão de líquidos 317. Orientar hidratação da pele e o uso de hidratante 318. Orientar cuidados com pele
59. Prurido	319. Identificar as causas do prurido 320. Avaliar a integridade da pele 321. Orientar cuidados com a pele 322. Orientar o idoso a não coçar o local 323. Manter as unhas do idoso curtas e limpas
60. Risco de úlcera por pressão	324. Avaliar os riscos de desenvolver úlcera por pressão mediante uso de escalas validadas 325. Orientar o idoso e/ou cuidador sobre as causas, prevenção e identificação precoce da úlcera por pressão

<b>Diagnósticos/ resultados de enfermagem</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
	326. Orientar familiares e/ou cuidador sobre a importância da mudança de decúbito a cada duas horas 327. Orientar cuidados com a pele 328. Explicar os prejuízos da úlcera por pressão para a qualidade de vida do idoso 329. Evitar fricção e cisalhamento durante transferências e mudanças de decúbito 330. Eliminar as fontes de pressão, sobretudo nas áreas de proeminências ósseas 331. Estimular a ingestão adequada de líquidos 332. Incentivar a manutenção de uma alimentação saudável, respeitando as preferências do idoso
61. Risco para integridade da pele prejudicada	333. Realizar inspeção da pele durante a consulta de enfermagem 334. Orientar o idoso e/ou cuidador sobre as causas, prevenção e identificação precoce de lesões de pele 335. Orientar cuidados com a pele 336. Orientar hidratação da pele e uso de hidratante 337. Explicar os prejuízos de lesões de pele para a qualidade de vida do idoso 338. Estimular a ingestão adequada de líquidos 339. Incentivar a manutenção de uma alimentação saudável, respeitando as preferências do idoso
62. Úlcera por pressão	340. Avaliar as características da úlcera por pressão e condições da pele perilesão 341. Planejar rotina de cuidados com a úlcera por pressão 342. Ensinar familiares e/ou cuidador os cuidados com a úlcera por pressão, no domicílio 343. Orientar familiares e/ou cuidador sobre a importância da mudança de decúbito a cada duas horas 344. Estimular a ingestão adequada de líquidos 345. Incentivar a manutenção de uma alimentação saudável, respeitando as preferências do idoso 346. Registrar informações da consulta de enfermagem no prontuário e/ou ficha de acompanhamento
<b>Necessidade de evitar os perigos</b>	
63. Adesão ao regime terapêutico	347. Orientar o idoso sobre o regime terapêutico 348. Reforçar a manutenção de uma alimentação saudável 349. Estimular a prática de atividade física regular 350. Reforçar a importância de mudanças no estilo de vida 351. Elogiar o idoso pela adesão ao regime terapêutico
64. Ansiedade (especificar: leve, moderada ou grave)	352. Avaliar o nível de ansiedade 353. Identificar os fatores causadores/ contribuintes da ansiedade 354. Proporcionar um ambiente de confiança/conforto 355. Escutar e valorizar os sentimentos e angústias do idoso 356. Desenvolver junto ao idoso estratégias de enfrentamento 357. Estimular o idoso a reconhecer e expressar seus sentimentos e preocupações 358. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso

<b>Diagnósticos/ resultados de enfermagem</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
	359. Ensinar ao idoso e/ou cuidador medidas de conforto e técnicas de relaxamento 360. Encaminhar o idoso para serviço de Psicologia, se necessário
65. Ansiedade relacionada à morte	361. Avaliar os fatores causadores/ contribuintes da preocupação/ medo da morte ou de morrer 362. Avaliar o nível de ansiedade do idoso em relação à morte 363. Determinar o significado do processo de morte/ morrer para o idoso 364. Estimular a expressão do sentimento de medo da morte 365. Avaliar o impacto de experiências subjetivas e pregressas com a morte diante da condição atual do idoso 366. Desenvolver junto ao idoso estratégias para enfrentamento do medo da morte 367. Estimular o envolvimento religioso/ espiritual do idoso 368. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso
66. Autoestima comprometida	369. Avaliar os fatores causadores/ contribuintes da baixa autoestima 370. Proporcionar um ambiente de confiança/conforto 371. Escutar e valorizar os sentimentos e percepções do idoso sobre si próprio 372. Desenvolver junto ao idoso estratégias de enfrentamento 373. Auxiliar o idoso a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio 374. Estimular o envolvimento do idoso no autocuidado 375. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso 376. Promover a socialização 377. Incentivar a participação em atividades de grupo na unidade básica de saúde da família 378. Encaminhar o idoso para serviço de Psicologia, se necessário
67. Confusão aguda	379. Avaliar os fatores causadores/ contribuintes da confusão 380. Avaliar o grau de confusão 381. Manter o idoso orientado quanto ao tempo e espaço 382. Promover a socialização 383. Promover o bem-estar do idoso 384. Promover a comunicação que contribua para o senso de integridade do idoso 385. Orientar familiares e/ou cuidador sobre a implementação de medidas de segurança 386. Orientar familiares e/ou cuidador sobre a situação e métodos de enfrentamento

<b>Diagnósticos/ resultados de enfermagem</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
68. Confusão crônica	387. Avaliar o grau de confusão 388. Manter o idoso orientado quanto ao tempo e espaço 389. Promover o bem-estar do idoso 390. Promover a comunicação que contribua para o senso de integridade do idoso 391. Orientar familiares e/ou cuidador sobre a implementação de medidas de segurança 392. Orientar familiares e/ou cuidador sobre a situação e métodos de enfrentamento
69. Controle da dor efetivo	393. .Reforçar a importância do controle efetivo da dor para a qualidade de vida do idoso 394. Reforçar orientações sobre medidas de conforto e técnicas de relaxamento 395. Orientar uso de analgésicos, conforme prescrição
70. Controle da dor ineficaz	396. Identificar a localização e as características da dor 397. Investigar se os analgésicos prescritos estão sendo utilizados corretamente 398. Investigar o conhecimento, as crenças e as influências culturais do idoso acerca da dor 399. Ensinar ao idoso e/ou cuidador medidas de conforto e técnicas de relaxamento 400. Orientar idoso e/ou cuidador sobre a influência da dor e a importância do controle efetivo na qualidade de vida
71. Depressão (especificar: leve, moderada ou grave)	401. Investigar os possíveis fatores precipitantes da depressão 402. Avaliar o grau de depressão mediante uso de escalas validadas 403. Escutar e valorizar as necessidades e angústias do idoso 404. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso/família 405. Auxiliar o idoso a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio 406. Promover a socialização 407. Orientar sobre a situação e métodos de enfrentamento 408. Estimular o envolvimento do idoso no autocuidado 409. Orientar sobre o uso correto das medicações prescritas 410. Incentivar a participação em atividades de grupo na unidade básica de saúde da família 411. Incentivar a prática regular de atividade física 412. Estimular a participação em atividades de lazer 413. Encaminhar o idoso para avaliação psiquiátrica, se necessário
72. Disposição para manutenção da saúde melhorada	414. Reforçar informações sobre cuidados gerais com a saúde 415. Promover ações educativas de promoção da saúde 416. Reforçar orientações sobre o comportamento em busca de saúde e benefícios da mudança no estilo de vida 417. Elogiar o idoso pelo desempenho em busca de saúde

<b>Diagnósticos/ resultados de enfermagem</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
73. Dor aguda	418. Investigar os possíveis fatores causadores/ contribuintes da dor 419. Avaliar o nível de dor mediante uso de escalas validadas 420. Identificar a localização e as características da dor 421. Investigar o conhecimento, as crenças e as influências culturais do idoso acerca da dor 422. Identificar junto ao idoso modos de evitar/aliviar a dor 423. Estimular a verbalização e a descrição da dor pelo idoso 424. Ensinar ao idoso e/ou cuidador medidas de conforto e técnicas de relaxamento 425. Orientar uso de analgésicos, conforme prescrição
74. Dor crônica	426. Avaliar o nível de dor mediante uso de escalas validadas 427. Identificar junto ao idoso modos de evitar/aliviar a dor 428. Avaliar a influência da dor no estilo de vida do idoso 429. Ensinar ao idoso e/ou cuidador medidas de conforto e técnicas de relaxamento 430. Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do idoso à dor 431. Estimular o envolvimento do idoso no autocuidado 432. Estimular a participação em atividades de lazer 433. Orientar uso de analgésicos, conforme prescrição
75. Enfrentamento ineficaz	434. Determinar o grau de limitação do enfrentamento ineficaz 435. Avaliar continuamente o nível de ansiedade e o enfrentamento 436. Escutar e valorizar as opiniões do idoso sobre suas dificuldades de enfrentamento 437. Desenvolver junto ao idoso estratégias de enfrentamento 438. Identificar os sistemas de apoio disponíveis para o idoso 439. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso 440. Estimular a comunicação com a equipe de saúde/ família 441. Ensinar ao idoso e/ou cuidador medidas de conforto e técnicas de relaxamento
76. Enfrentamento melhorado	442. Avaliar continuamente o nível de ansiedade e o enfrentamento 443. Reforçar a necessidade de exprimir sentimentos/ opiniões 444. Reforçar o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento 445. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso 446. Reforçar a comunicação com a equipe de saúde/ família 447. Elogiar o idoso pelas conquistas/ progressos no enfrentamento
77. Falta de adesão ao regime terapêutico	448. Avaliar barreiras à adesão ao regime terapêutico 449. Encorajar a adesão ao regime terapêutico 450. Orientar sobre os benefícios do regime terapêutico para a qualidade de vida do idoso 451. Orientar o idoso sobre os benefícios da mudança no estilo de vida 452. Orientar o idoso sobre as complicações para a saúde

<b>Diagnósticos/ resultados de enfermagem</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
	quando não segue o regime terapêutico
78. Fragilidade evidente	453. Avaliar o grau de fragilidade no idoso mediante uso de escalas validadas 454. Incentivar a prática regular de atividade física 455. Auxiliar o idoso a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio 456. Incentivar a manutenção de uma alimentação saudável pelo idoso 457. Promover a socialização 458. Orientar idoso e/ou cuidador sobre a situação e métodos de enfrentamento 459. Ensinar ao cuidador e/ou familiares cuidados com o idoso incontinente 460. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso, cuidador e familiares 461. Estimular o envolvimento do idoso no autocuidado 462. Ensinar ao idoso e/ou cuidador técnicas para treino da memória 463. Orientar idoso e/ou cuidador sobre o uso correto dos medicamentos prescritos 464. Orientar exercícios para fortalecimento e melhora do equilíbrio e da mobilidade articular 465. Avaliar a sobrecarga do cuidador e/ou familiares mediante uso de escalas validadas
79. Hiperglicemia	466. Investigar as possíveis causas da hiperglicemia 467. Monitorar os níveis glicêmicos do idoso durante as consultas de enfermagem 468. Solicitar exames laboratoriais para avaliação e/ou investigação diagnóstica 469. Ensinar o idoso e/ou cuidador os sinais precoces de alerta e os riscos da hiperglicemia 470. Encorajar a modificação no estilo alimentar pelo idoso 471. Orientar o idoso sobre os benefícios da mudança no estilo de vida 472. Orientar cuidados com a pele 473. Incentivar a prática regular de atividade física 474. Registrar informações da consulta de enfermagem no prontuário e/ou caderneta de saúde da pessoa idosa
80. Hipoglicemia	475. Investigar as possíveis causas da hipoglicemia 476. Monitorar os níveis glicêmicos do idoso durante as consultas de enfermagem 477. Pesquisar o uso de medicamentos hipoglicemiantes 478. Ensinar o idoso e/ou cuidador os sinais precoces de alerta, os riscos e o controle da hipoglicemia 479. Oferecer pequena quantidade de doce, se disponível 480. Incentivar a manutenção de uma alimentação saudável pelo idoso 481. Orientar idoso e/ou cuidador sobre a alimentação em horários determinados e os riscos do jejum prolongado 482. Orientar idoso e/ou cuidador sobre o consumo de lanche

<b>Diagnósticos/ resultados de enfermagem</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
	<p>antes de dormir para evitar hipoglicemia noturna e durante atividade física</p> <p>483. Orientar idoso e/ou cuidador sobre o uso correto dos medicamentos prescritos</p> <p>484. Desencorajar o consumo de bebida alcoólica</p> <p>485. Registrar informações da consulta de enfermagem no prontuário e/ou caderneta de saúde da pessoa idosa</p>
81. Ingestão de bebida alcoólica (especificar: leve, moderada ou excessiva)	<p>486. Orientar acerca das complicações do etilismo para saúde</p> <p>487. Negociar estratégias de redução de danos pelo idoso</p> <p>488. Encorajar o abandono do etilismo</p> <p>489. Incentivar a participação em atividades de grupo na unidade básica de saúde da família</p> <p>490. Estimular a participação em atividades de lazer</p> <p>491. Estimular a prática de atividade física regular</p>
82. Manutenção da saúde prejudicada	<p>492. Avaliar os fatores relacionados à dificuldade de manter um comportamento em busca da saúde</p> <p>493. Identificar os conhecimentos de saúde e hábitos de vida do idoso</p> <p>494. Oferecer informações adequadas sobre cuidados gerais com a saúde</p> <p>495. Promover ações educativas de promoção da saúde</p> <p>496. Estimular o envolvimento do idoso no autocuidado</p> <p>497. Orientar sobre o comportamento em busca de saúde</p> <p>498. Estimular a prática de atividade física regular</p> <p>499. Orientar o idoso sobre os benefícios da mudança no estilo de vida</p>
83. Medo (especificar o foco)	<p>500. Avaliar a intensidade do medo</p> <p>501. Avaliar a realidade da ameaça percebida pelo idoso</p> <p>502. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso</p> <p>503. Escutar e valorizar os sentimentos e preocupações do idoso</p> <p>504. Desenvolver junto ao idoso estratégias para enfrentamento do medo</p> <p>505. Auxiliar o idoso a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio</p> <p>506. Ensinar ao idoso e/ou cuidador medidas de conforto e técnicas de relaxamento</p>
84. Pressão arterial adequada	<p>507. Fazer o controle da pressão arterial do idoso</p> <p>508. Orientar cuidados com a saúde e prevenção de pressão sanguínea elevada</p> <p>509. Incentivar a manutenção de uma alimentação saudável pelo idoso</p> <p>510. Estimular a prática de atividade física regular</p>
85. Pressão arterial alterada	<p>511. Incentivar o acompanhamento da pressão arterial</p> <p>512. Investigar os fatores de risco para alterações na pressão sanguínea do idoso</p> <p>513. Avaliar a necessidade de uso de medicação de emergência</p> <p>514. Incentivar a manutenção de uma alimentação saudável pelo idoso</p>

<b>Diagnósticos/ resultados de enfermagem</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
	515. Estimular a prática de atividade física regular 516. Registrar informações da consulta de enfermagem no prontuário e/ou caderneta de saúde da pessoa idosa
86. Queda	517. Investigar as causas da queda 518. Incentivar o uso de recursos que facilitam a locomoção 519. Orientar idoso e família sobre medidas preventivas de quedas e adaptações no ambiente domiciliar 520. Orientar sobre o tipo de calçado adequado 521. Inserir o idoso em programas de reabilitação, se necessário 522. Registrar informações da consulta de enfermagem no prontuário e/ou caderneta de saúde da pessoa idosa
87. Risco de depressão	523. Identificar os fatores de risco para depressão 524. Avaliar o risco de depressão mediante uso de escalas validadas 525. Escutar e valorizar as necessidades e angústias do idoso 526. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso, cuidador e familiares 527. Auxiliar o idoso a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio 528. Promover a socialização 529. Estimular o envolvimento do idoso no autocuidado 530. Incentivar a participação em atividades de grupo na unidade básica de saúde da família 531. Incentivar a prática regular de atividade física 532. Estimular a participação em atividades de lazer 533. Encaminhar o idoso para avaliação psiquiátrica, se necessário
88. Risco de fragilidade	534. Avaliar o risco para fragilidade no idoso mediante uso de escalas validadas 535. Incentivar a prática regular de atividade física 536. Auxiliar o idoso a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio 537. Observar mudanças de humor ou comportamentais sugestivas de sintomas depressivos 538. Incentivar a manutenção de uma alimentação saudável pelo idoso 539. Promover a comunicação que contribua para o senso de integridade do idoso 540. Orientar sobre a situação e métodos de enfrentamento 541. Prevenir a incontinência do idoso 542. Estimular o envolvimento do idoso no autocuidado 543. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso, cuidador e familiares 544. Ensinar ao idoso e/ou cuidador técnicas para treino da memória 545. Orientar sobre o uso correto dos medicamentos prescritos 546. Promover a socialização 547. Orientar exercícios para fortalecimento e melhora do

<b>Diagnósticos/ resultados de enfermagem</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
	equilíbrio e da mobilidade articular
89. Risco de intoxicação medicamentosa	548. Orientar idoso e/ou cuidador sobre o uso correto dos medicamentos prescritos 549. Desencorajar a automedicação 550. Planejar os horários de administração e os intervalos entre os medicamentos a fim de prevenir interações medicamentosas 551. Orientar sobre os riscos da automedicação 552. Orientar familiares e/ou cuidador sobre os cuidados no preparo e administração de medicamentos ao idoso 553. Orientar sobre o acondicionamento dos medicamentos 554. Ensinar familiares e/ou cuidador a identificarem sinais e sintomas de intoxicação medicamentosa
90. Risco de queda	555. Rastrear o risco de quedas no domicílio 556. Incentivar o uso de recursos que facilitam a locomoção 557. Orientar sobre o tipo de calçado adequado 558. Orientar o idoso e/ou familiares sobre medidas preventivas de quedas e adaptações no domicílio 559. Incentivar a prática regular de atividade física
91. Risco de sobrecarga do cuidador	560. Avaliar o risco de sobrecarga do cuidador mediante uso de escalas validadas 561. Avaliar o grau de dependência do idoso mediante uso de escalas validadas 562. Avaliar a quantidade de ações exercidas pelo cuidador 563. Incentivar a participação de outros familiares e a divisão de tarefas no cuidado ao idoso 564. Ensinar técnicas para relaxamento e controle do estresse 565. Auxiliar o cuidador a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio 566. Estimular a socialização e a participação do cuidador em atividades de lazer 567. Estimular a manutenção dos cuidados com a própria saúde pelo cuidador
92. Risco de trauma	568. Rastrear o risco de traumas e de outros acidentes no domicílio 569. Incentivar o uso de recursos que facilitam a locomoção 570. Orientar o idoso e/ou familiares sobre medidas preventivas de acidentes e adaptações no domicílio
93. Risco de violência dirigida a terceiros	571. Identificar os fatores desencadeantes de agressividade 572. Observar frequentemente o comportamento do idoso 573. Evitar conflitos 574. Ensinar técnicas para relaxamento e controle do estresse 575. Auxiliar o idoso a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio 576. Orientar cuidador e/ou familiares sobre a retirada de objetos perigosos e manutenção de um ambiente seguro 577. Encaminhar o idoso para avaliação psiquiátrica, se necessário
94. Risco para síndrome do desuso	578. Avaliar a probabilidade de desenvolver complicações da imobilidade

<b>Diagnósticos/ resultados de enfermagem</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
	579. Avaliar a influência da dor na mobilidade prejudicada 580. Avaliar a necessidade de órteses para prevenir deformidades 581. Desencorajar o uso de contenções e a imobilização do idoso 582. Estimular o envolvimento do idoso no autocuidado 583. Orientar familiares e/ou cuidador sobre a importância de maximizar a mobilidade do idoso 584. Orientar cuidados com a pele
95. Risco para violência doméstica	585. Investigar sinais de violência e maus tratos contra o idoso 586. Estabelecer vínculo de confiança com o idoso 587. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso 588. Auxiliar o idoso a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio 589. Avaliar as possibilidades de mobilizar recursos sociais e familiares 590. Encorajar o idoso a denunciar episódios de maus tratos
96. Sobrecarga do cuidador	591. Avaliar o grau de sobrecarga do cuidador mediante uso de escalas validadas 592. Avaliar o grau de dependência do idoso mediante uso de escalas validadas 593. Avaliar a quantidade de ações exercidas pelo cuidador 594. Incentivar a participação de outros familiares e a divisão de tarefas no cuidado ao idoso 595. Orientar o cuidador sobre métodos de enfrentamento 596. Auxiliar o cuidador a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio 597. Estimular a socialização e a participação do cuidador em atividades de lazer 598. Oferecer apoio emocional ao cuidador 599. Estimular a manutenção dos cuidados com a própria saúde pelo cuidador
<b>Componentes psicológicos – Necessidade de comunicar</b>	
97. Comunicação verbal prejudicada	600. Avaliar os fatores causadores/ contribuintes das alterações na fala 601. Falar com clareza e em voz alta, mantendo o contato visual com o idoso 602. Observar e valorizar a linguagem não verbal utilizada pelo idoso 603. Planejar estratégias facilitadoras da comunicação 604. Simplificar a comunicação com o idoso, utilizando uma linguagem simples e clara 605. Utilizar técnica de <i>feedback</i> para certificar-se que o idoso escutou e entendeu a informação nova 606. Incentivar o envolvimento da família no plano de cuidados 607. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso/família 608. Encaminhar o idoso para serviço especializado, se necessário

<b>Diagnósticos/ resultados de enfermagem</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
98. Desempenho sexual prejudicado	609. Avaliar os fatores causadores/ contribuintes da disfunção sexual 610. Determinar a importância da atividade sexual para o idoso 611. Avaliar o conhecimento do idoso e orientar sobre anatomia e o impacto do envelhecimento sobre a função sexual 612. Fornecer apoio emocional ao idoso/ parceiro 613. Escutar e valorizar os sentimentos do idoso acerca da disfunção sexual 614. Desenvolver junto ao idoso/ parceiro estratégias para enfrentamento da situação 615. Orientar sobre a disponibilidade de recursos auxiliares para solucionar o problema de disfunção sexual 616. Encaminhar o idoso para serviço especializado, se necessário
99. Disposição para comunicação melhorada	617. Observar e valorizar a linguagem não verbal utilizada pelo idoso 618. Reforçar o uso de estratégias facilitadoras da comunicação 619. Reforçar o envolvimento da família no plano de cuidados 620. Elogiar o idoso pela disposição em melhorar a comunicação
100. Interação social prejudicada	621. Avaliar os fatores causadores/ contribuintes das dificuldades nas interações sociais 622. Determinar os padrões de relacionamento familiar e os comportamentos sociais 623. Desenvolver junto ao idoso estratégias de enfrentamento 624. Identificar os sistemas de apoio disponíveis para o idoso 625. Promover a socialização 626. Incentivar a participação em atividades de grupo na unidade básica de saúde da família 627. Estimular a participação em atividades de lazer
101. Isolamento social	628. Determinar os fatores contribuintes para a inexistência de relacionamentos pessoais satisfatórios 629. Escutar e valorizar as opiniões do idoso sobre o sentimento de isolamento 630. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso 631. Desenvolver junto ao idoso estratégias para enfrentamento da situação 632. Identificar os sistemas de apoio disponíveis para o idoso 633. Auxiliar o idoso a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio 634. Promover a socialização 635. Incentivar a participação em atividades de grupo na unidade básica de saúde da família 636. Estimular a participação em atividades de lazer
102. Padrão de sexualidade ineficaz	637. Avaliar os fatores causadores/ contribuintes das alterações associadas à sexualidade

<b>Diagnósticos/ resultados de enfermagem</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
	<p>638. Determinar a importância da atividade sexual para o idoso</p> <p>639. Avaliar o conhecimento do idoso e orientar sobre anatomia e o impacto do envelhecimento sobre a sexualidade</p> <p>640. Proporcionar um ambiente de confiança/conforto que possibilite a discussão dos problemas sexuais</p> <p>641. Fornecer apoio emocional ao idoso/parceiro</p> <p>642. Escutar e valorizar os sentimentos do idoso acerca do comportamento sexual alterado</p> <p>643. Identificar formas alternativas de expressão sexual aceitáveis pelo idoso/ parceiro</p> <p>644. Desenvolver junto ao idoso/ parceiro estratégias para enfrentamento da situação</p> <p>645. Encaminhar o idoso para serviço especializado, se necessário</p>
<p>103. Percepção sensorial alterada (especificar: auditiva, gustativa, olfativa ou visual)</p>	<p>646. Avaliar os fatores causadores/ contribuintes das alterações na percepção sensorial</p> <p>647. Avaliar o grau de limitação decorrente das alterações sensoriais</p> <p>648. Explicar sobre as alterações na percepção sensorial decorrentes do processo de envelhecimento</p> <p>649. Observar as respostas comportamentais do idoso</p> <p>650. Escutar e valorizar os sentimentos e expressões do idoso acerca das alterações sensoriais</p> <p>651. Falar com clareza e em voz alta, mantendo o contato visual com o idoso</p> <p>652. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso</p> <p>653. Planejar estratégias facilitadoras da comunicação</p> <p>654. Promover a estimulação sensorial do idoso</p> <p>655. Avaliar a necessidade de utilização de recursos/próteses</p> <p>656. Promover a socialização</p> <p>657. Estimular a participação em atividades de lazer</p>
<p>104. Processo familiar comprometido</p>	<p>658. Avaliar a dinâmica dos relacionamentos/ funcionamento familiar</p> <p>659. Ajudar a família a identificar e solucionar as situações conflitantes</p> <p>660. Observar os padrões de comunicação da família</p> <p>661. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso/família</p> <p>662. Auxiliar o idoso a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio fora da família</p>
<p>105. Processo familiar satisfatório</p>	<p>663. Reforçar a definição de papéis entre os membros da família</p> <p>664. Reforçar a importância do diálogo entre os membros da família</p> <p>665. Elogiar pelo padrão de relacionamentos/ funcionamento familiar</p>
<p>106. Risco de isolamento social</p>	<p>666. Avaliar o risco de isolamento social</p> <p>667. Identificar os sistemas de apoio disponíveis para o idoso</p> <p>668. Auxiliar o idoso a identificar uma rede de pessoas e</p>

<b>Diagnósticos/ resultados de enfermagem</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
	recursos de apoio 669. Promover a socialização 670. Incentivar a participação em atividades de grupo na unidade básica de saúde da família 671. Estimular a participação em atividades de lazer
107. Risco de solidão	672. Avaliar os fatores causadores/ contribuintes do sentimento de solidão 673. Avaliar a presença/ proximidade da família/ amigos 674. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso 675. Desenvolver junto ao idoso estratégias de enfrentamento 676. Auxiliar o idoso a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio 677. Promover a socialização 678. Incentivar a participação em atividades de grupo na unidade básica de saúde da família 679. Estimular a participação em atividades de lazer
108. Tristeza crônica	680. Avaliar os fatores causadores/ contribuintes da tristeza 681. Estimular a verbalização da situação pelo idoso 682. Escutar e valorizar os sentimentos e preocupações do idoso 683. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso 684. Desenvolver junto ao idoso estratégias para enfrentamento e superação da tristeza 685. Auxiliar o idoso a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio 686. Promover a socialização 687. Ensinar ao idoso e/ou cuidador medidas de conforto e técnicas de relaxamento 688. Encaminhar o idoso para serviço de Psicologia, se necessário
<b>Necessidade de aprender</b>	
109. Conhecimento deficiente do cuidador sobre o cuidado ao idoso	689. Identificar as dificuldades do cuidador 690. Ensinar técnicas de cuidado ao idoso dependente, no domicílio 691. Avaliar a segurança do cuidador/ idoso que recebe os cuidados 692. Orientar a participação em cursos de treinamento/ capacitação
110. Conhecimento deficiente do cuidador sobre o regime terapêutico do idoso	693. Orientar o cuidador sobre o regime terapêutico do idoso 694. Orientar sobre os benefícios do regime terapêutico para a saúde do idoso 695. Orientar o acompanhamento regular do idoso na unidade da estratégia de saúde da família e/ou serviços de saúde disponíveis 696. Reforçar o seguimento das orientações no domicílio
111. Conhecimento deficiente sobre o estado de saúde	697. Avaliar o conhecimento do idoso e orientar sobre as alterações do envelhecimento e processo saúde-doença 698. Utilizar técnica de <i>feedback</i> para certificar-se que o idoso escutou e entendeu a informação nova 699. Orientar o acompanhamento regular na unidade da

Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem
	estratégia de saúde da família e/ou serviços de saúde disponíveis
112. Conhecimento deficiente sobre o regime terapêutico	700. Orientar o idoso sobre o regime terapêutico e sua importância para a saúde 701. Orientar o acompanhamento regular na unidade de saúde da família e/ou serviços de saúde disponíveis 702. Incentivar idoso/ cuidador a seguir as orientações no domicílio 703. Incentivar o envolvimento da família no plano de cuidados
113. Memória eficaz	704. Utilizar técnica de <i>feedback</i> para estimular a memorização das orientações fornecidas ao idoso 705. Reforçar orientações sobre técnica de treinamento de memória 706. Elogiar o idoso pelo treinamento de memória
114. Memória prejudicada	707. Avaliar as causas e o grau de limitação do déficit de memória 708. Aplicar o minixame do estado mental durante as consultas de enfermagem 709. Utilizar técnica de <i>feedback</i> para estimular a memorização das orientações fornecidas ao idoso 710. Ensinar ao idoso/ cuidador técnica de treinamento de memória 711. Encaminhar o idoso para avaliação psicológica/ cognitiva, se necessário
<b>Componentes sociais – Necessidade de ocupar-se para a autorrealização</b>	
115. Desempenho de papel ineficaz	712. Determinar o papel do idoso na família 713. Ajudar o idoso a desenvolver estratégias para lidar com as mudanças de papéis 714. Escutar e valorizar os sentimentos e expressões do idoso sobre sua condição atual e as mudanças de papéis 715. Identificar e reforçar os pontos fortes/ habilidades pessoais do idoso 716. Encorajar a participação nas atividades domésticas e/ou reinserção no mercado de trabalho, respeitando as limitações do idoso 717. Encorajar a participação em grupos de apoio/ orientação vocacional
116. Sentimento de impotência	718. Investigar os fatores causadores/ contribuintes do sentimento de impotência 719. Avaliar a intensidade do sentimento de impotência experimentado pelo idoso/ família 720. Escutar e valorizar os sentimentos e expressões do idoso sobre sua condição atual e perspectivas futuras 721. Determinar os padrões de relacionamento familiar e os comportamentos sociais 722. Desenvolver junto ao idoso estratégias de enfrentamento 723. Identificar e reforçar os pontos fortes/ habilidades pessoais do idoso 724. Promover a independência do idoso, respeitando suas

Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem
	limitações 725. Ajudar o idoso a estabelecer metas realistas para o futuro 726. Auxiliar o idoso a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio 727. Identificar os sistemas de apoio disponíveis para o idoso
<b>Necessidade de distrair-se</b>	
117. Atividades de lazer deficientes	728. Avaliar os fatores causadores/ contribuintes para a falta de interesse nas atividades de lazer/ recreação 729. Estimular a participação em atividades de lazer 730. Identificar as atividades de lazer favoritas do idoso 731. Incentivar a participação do idoso em reuniões familiares que proporcionem momentos diversão/ bem-estar 732. Orientar sobre os benefícios do lazer para a qualidade de vida 733. Orientar o envolvimento da família no planejamento de atividades de lazer/ recreação para o idoso
118. Capacidade para executar atividade de lazer efetiva	734. Reforçar os benefícios do lazer para a qualidade de vida 735. Reforçar orientações sobre o envolvimento da família no planejamento de atividades de lazer/ recreação para o idoso 736. Elogiar o desempenho do idoso na realização das atividades de lazer
119. Capacidade para executar atividade de lazer prejudicada	737. Avaliar as causas da dificuldade para realizar as atividades de lazer 738. Estimular a participação em atividades de lazer 739. Orientar o envolvimento da família no planejamento de atividades de lazer/ recreação para o idoso
120. Disposição para atividade de lazer melhorada	740. Reforçar os benefícios do lazer para a qualidade de vida 741. Estimular a participação em atividades de lazer 742. Elogiar o envolvimento do idoso em atividades de lazer
<b>Componente espiritual/ moral – Necessidade de agir de acordo com suas crenças e valores</b>	
121. Angústia espiritual	743. Determinar os fatores causadores/ contribuintes da angústia espiritual 744. Avaliar as crenças religiosas/ espirituais do idoso 745. Escutar e valorizar os sentimentos e opiniões do idoso acerca de suas crenças e valores 746. Desenvolver junto ao idoso estratégias de enfrentamento 747. Estimular a participação em atividades de lazer 748. Auxiliar o idoso a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio
122. Crença religiosa conflituosa	749. Avaliar as crenças religiosas do idoso/família 750. Determinar a importância da crença religiosa para o idoso 751. Escutar e valorizar os sentimentos e opiniões do idoso acerca de suas crenças e valores 752. Respeitar a individualidade do idoso em relação à sua crença religiosa 753. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso 754. Encorajar a participação em cerimônias religiosas
123. Desesperança	755. Identificar os fatores causadores/ contribuintes do

<b>Diagnósticos/ resultados de enfermagem</b>	<b>Intervenções de enfermagem</b>
	sentimento de desesperança 756. Avaliar o grau de desesperança do idoso 757. Escutar e valorizar os sentimentos e percepções do idoso 758. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso 759. Ajudar o idoso a estabelecer metas realistas para o futuro 760. Desenvolver junto ao idoso estratégias de enfrentamento 761. Estimular o idoso a desenvolver e praticar sua espiritualidade/ religiosidade 762. Auxiliar o idoso a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio
124. Disponibilidade para crença religiosa facilitadora	763. Incentivar o idoso a manter uma crença religiosa facilitadora 764. Reforçar a participação em cerimônias religiosas 765. Incentivar o cuidador/familiar a estimular a prática religiosa pelo idoso 766. Elogiar o idoso por exercer sua prática religiosa
125. Luto antecipado	767. Investigar as causas da antecipação do luto 768. Avaliar o impacto de experiências subjetivas e pregressas com a morte pelo idoso 769. Escutar e valorizar sentimentos e expressões do idoso acerca do sentimento de luto antecipado 770. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso 771. Promover a socialização
126. Luto complicado	772. Avaliar o luto 773. Apoiar o processo de luto 774. Escutar e valorizar os sentimentos e expressões do idoso acerca do processo de luto 775. Desenvolver junto ao idoso estratégias para enfrentamento do luto 776. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso 777. Auxiliar o idoso a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio 778. Promover a socialização 779. Encaminhar o idoso para serviço de Psicologia, se necessário
127. Sofrimento espiritual	780. Investigar as causas do sofrimento espiritual no idoso 781. Avaliar as crenças espirituais do idoso 782. Determinar a importância da espiritualidade na vida do idoso 783. Estimular o idoso a expandir e praticar sua espiritualidade 784. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso 785. Encorajar a participação em grupos de apoio

Os 127 enunciados de diagnósticos/ resultados foram classificados segundo as 14 necessidades de cuidado de enfermagem propostas por Henderson, sendo assim distribuídas: 05 na necessidade de respirar; 13 na necessidade de alimentação/ hidratação; 10 na

necessidade de eliminação; 04 na necessidade de dormir e repousar; 06 na necessidade de mover-se e manter boa postura; 04 na necessidade de vestir-se e despir-se; 04 na necessidade de termorregulação; 16 na necessidade de higiene e proteção da pele; 34 na necessidade de segurança e controle do ambiente; 12 na necessidade de comunicar-se; 07 na necessidade de manter prática religiosa/ espiritual; 02 na necessidade de trabalho; 04 na necessidade de lazer; 06 na necessidade de aprender (Quadro 3).

Para cada diagnóstico/resultado foram elaborados enunciados de intervenções de enfermagem, cuja média foi de 6,2 intervenções por diagnóstico de enfermagem.

Esses enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem serviram de base para a estruturação do Subconjunto Terminológico da CIPE<sup>®</sup> para a Prática Clínica de Enfermagem ao Idoso na Atenção Básica.

## 6 DISCUSSÃO

O empenho em padronizar e unificar a linguagem profissional do enfermeiro atende à finalidade da produção do conhecimento da enfermagem, que consiste em compreender as necessidades da população e incorporar novas tecnologias ao cuidado em saúde, contribuindo com a melhoria da prática clínica e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além disso, a identificação de termos relacionados aos idosos na literatura reflete as reais demandas que essa população poderá apresentar durante seu acompanhamento pelas equipes da ESF, e seu uso dará suporte à documentação sistemática do cuidado clínico de enfermagem, usando a CIPE<sup>®</sup> como terminologia de referência.

A predominância de termos alocados no eixo Foco, segundo Modelo de Sete Eixos da CIPE<sup>®</sup> versão 2013, totalizando 143 termos constantes e 36 não constantes, pode se justificar pelo fato de que o mesmo se refere à área de atenção relevante para a Enfermagem. Deste modo, reunirá um número substancial de termos, tendo em vista a complexidade e especificidade do atendimento à pessoa idosa, que exige dos enfermeiros a capacitação para intervir preventiva e terapêuticamente, conforme as necessidades de cada indivíduo, considerando a amplitude do processo de envelhecimento humano (CLARES *et al.*, 2012).

O fato de a maioria dos termos identificados ter sido classificada como constantes na CIPE<sup>®</sup> assegura a confiabilidade dessa terminologia enquanto instrumento tecnológico para inserção em sistemas de informação e registro da prática profissional em âmbito mundial, com vistas ao desenvolvimento científico e tecnológico da profissão.

A ocorrência de 80 termos considerados não constantes na CIPE<sup>®</sup> também chama atenção, e fornece indícios da utilização de uma linguagem própria na prática clínica de enfermagem com idosos na Atenção Básica. Torna-se necessário que esses termos possam ser descritos e inseridos na CIPE<sup>®</sup>, garantindo a contínua evolução dessa terminologia e a uniformização da linguagem de enfermagem, conforme recomenda o CIE.

Salienta-se a dificuldade de captação de especialistas competentes para participar da validação dos termos, o que pode guardar relação com o fato de que o debate acerca do uso da CIPE<sup>®</sup>, enquanto terminologia de referência, no Brasil, ainda é recente e pouco difundido, apesar de ser evidente o crescimento do número de pesquisadores com interesse no assunto e

preocupados com uma linguagem unificada para a profissão (CLARES; FREITAS; GUEDES *in press*).

A combinação dos termos, incluídos nos eixos CIPE<sup>®</sup>, possibilitou a construção de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a prática clínica com idoso na Atenção Básica, que constituíram o Subconjunto Terminológico para a Prática Clínica de Enfermagem ao Idoso na Atenção Básica, com o objetivo de apoiar e melhorar a prática clínica, a pesquisa e o ensino, e favorecer a adoção de uma linguagem unificada e acessível aos enfermeiros em âmbito mundial; embora não substitua o julgamento clínico do enfermeiro (CLARES *et al.*, 2013).

Os enunciados elaborados neste estudo foram classificados segundo os componentes fisiológicos/biológicos, psicológicos, sociais e espirituais/morais que englobam as 14 necessidades humanas fundamentais de Henderson.

À necessidade de “respirar” desempenha um papel fundamental na manutenção da atividade física e mental do ser humano (HENDERSON, 1958). O envelhecimento pode comprometer a independência na satisfação desta necessidade, resultando em: redução da expansividade da caixa torácica; menor resistência dos bronquíolos facilitando o colapso expiratório; diminuição do número de alvéolos, devido à ruptura dos septos interalveolares e fusão alveolar, resultando na diminuição da superfície total respiratória; aumento do volume residual e *compliance* pulmonar. Ressalta-se que alterações pulmonares nos idosos também podem ser resultado de comorbidades ou de fatores extrínsecos. Dessa forma, a avaliação da função pulmonar do idoso exige por parte do enfermeiro o conhecimento necessário para distinguir as alterações inerentes ao processo de envelhecimento comum e patológico e os efeitos aditivos de influências externas (RUIVO *et al.*, 2009).

Para a necessidade de “respirar” foram alocados cinco enunciados de diagnósticos de enfermagem: *Padrão respiratório melhorado; Padrão respiratório prejudicado; Tosse seca; Tosse produtiva; Uso de tabaco*. Para estes enunciados de diagnósticos se pensou em 34 intervenções de enfermagem, que estiveram voltadas à prevenção e recuperação de doenças e promoção da saúde, por meio do favorecimento de estilo de vida saudável por meio da prática regular de atividade física, alimentação saudável, controle do tabagismo; educação para higiene brônquica e adequação do ambiente; e à recuperação e reabilitação da saúde, mediante a assistência direta ao idoso, incentivo ao treinamento muscular respiratório e realização dos encaminhamentos necessários.

A necessidade de “comer e beber” é de fundamental importância na aquisição de hábitos de vida saudáveis e manutenção da saúde para todos os grupos etários (HENDERSON, 1958). Com o advento do envelhecimento, as progressivas alterações inerentes a esse processo resultam em diversas modificações funcionais e estruturais de órgãos e tecidos que refletem em todo organismo e podem afetar o seu estado nutricional, tais como: a redução da massa corporal magra, alterações nos níveis de citocinas e hormonal, retardo no esvaziamento gástrico, olfato e paladar diminuídos, dentre outros (WELLS; DUMBRELL, 2006).

O enfermeiro deverá tentar, por meio de ações sistematizadas, corrigir os problemas identificados ou prevenir alterações relacionadas à nutrição e à hidratação, levando em conta a capacidade funcional do idoso, seu contexto socioeconômico e a carga de doenças. Para o alcance dessas metas, necessita de conhecimento ampliado para realizar um julgamento clínico eficiente na formulação de diversos diagnósticos de enfermagem, que possam subsidiar a escolha das intervenções mais adequadas (CLARES; FREITAS, 2013).

Para a necessidade de “comer e beber” foram listadas 13 enunciados de diagnósticos de enfermagem, a saber: *Adesão ao regime dietético; Apetite melhorado; Capacidade de preparar alimentos efetiva; Capacidade de preparar alimentos prejudicada; Deglutição prejudicada; Dentição prejudicada; Falta de adesão ao regime dietético; Hidratação prejudicada; Inapetência; Ingestão de líquidos adequada; Peso corporal adequado; Peso corporal aumentado; Peso corporal diminuído*. Para estes, foram propostas 68 intervenções de enfermagem, com o objetivo de satisfazer as demandas desta necessidade, e, conseqüentemente, promover melhor qualidade de vida e saúde aos idosos que vivem na comunidade.

A necessidade de “eliminar” é essencial à vida e a todos os indivíduos, e compreende a atividade de expelir os produtos resultantes do metabolismo. A independência para satisfazê-la sublinha as diferenças entre os indivíduos, sendo particularmente afetada pelo processo de envelhecimento. Com relação ao padrão vesical, a redução do número de néfrons e do aporte sanguíneo para os rins e as alterações estruturais do músculo detrusor, podem afetar o funcionamento do sistema urinário, resultando em urgência miccional, incontinência urinária ou retenção urinária. Relativamente à função intestinal, ocorre uma redução da absorção e da motilidade intestinal, podendo ocasionar constipação. Reforça-se,

contudo, que esses problemas não afetam todos os idosos, mas podem contribuir para o surgimento desses problemas (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Para a necessidade de “eliminar” foram elaborados 10 enunciados de diagnósticos de enfermagem: *Constipação; Diarreia; Disposição para eliminação intestinal melhorada; Disposição para eliminação urinária melhorada; Eliminação intestinal melhorada; Eliminação urinária melhorada; Incontinência intestinal; Incontinência urinária; Incontinência urinária de urgência; Retenção urinária*. Foram propostas 68 intervenções de enfermagem, visando restabelecer e/ou manter a independência do idoso na satisfação dessa necessidade.

A necessidade “dormir e repousar” é particularmente afetada na velhice e a independência para satisfazê-la varia em cada indivíduo. O aumento da latência, a redução da eficiência, o aumento das interrupções, o despertar precoce, a diminuição dos estágios do sono profundo e os distúrbios do ciclo sono-vigília configuram-se entre as principais alterações que podem comprometer a qualidade do sono do idoso (ALESSI; SCHNELLE, 2000; BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

As dificuldades em satisfazer essa necessidade resultam em déficit de atenção; redução da velocidade de resposta; prejuízos da memória, concentração e desempenho; dificuldade em manter um bom relacionamento familiar e social; aumento da incidência de dor; tendência à má avaliação da própria saúde; capacidade reduzida para realizar as tarefas diárias; aumento da utilização de serviços de saúde e redução da sobrevida (CLARES *et al.*, 2012).

Nesse contexto, os enfermeiros devem considerar as implicações da má qualidade do sono no cotidiano e na saúde do idoso no planejamento do cuidado clínico, de modo a diagnosticar alterações ou fatores de risco e intervir apropriadamente na promoção ou recuperação da independência para satisfazer essa necessidade, observando seu impacto na qualidade de vida.

Para a necessidade “dormir e repousar” foram propostas quatro enunciados diagnósticos: *Fadiga; Padrão de sono melhorado; Padrão de sono prejudicado e Repouso eficaz*; e 22 enunciados de intervenções de enfermagem.

Durante o envelhecimento, modificações como perda de massa e redução da resistência e da função muscular, rigidez articular e redução da amplitude de movimento, alterações na marcha e no equilíbrio, predispondo a queda, dores e incapacidade funcional

(CLARES; FREITAS; BORGES, 2014), e, conseqüentemente, comprometendo a satisfação da necessidade de “mover-se e manter uma postura adequada” pelo idoso.

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 ESF, em especial os enfermeiros, devem estar capacitados e instrumentalizados para educar a comunidade que assistem, fazer o diagnóstico rápido e preciso e executar as intervenções mais adequadas com vistas à manutenção da independência dos idosos na satisfação da necessidade de “mover-se e manter uma postura adequada” (SOUZA; SCOCHI; MARASCHIN, 2011). Os enunciados de diagnósticos de enfermagem construídos no estudo, para essa necessidade foram: *Capacidade de transferência efetiva; Capacidade de transferência prejudicada; Deambulação efetiva; Deambulação prejudicada; Intolerância à atividade física; Mobilidade física prejudicada*. Esses enunciados diagnósticos subsidiaram a construção de 27 intervenções de enfermagem.

O processo de envelhecimento pode ocasionar alterações musculoesqueléticas, que prejudicam a capacidade do idoso vestir e despir as próprias vestes. Além disso, a desorientação e déficits cognitivos e sensitivos podem restringir a capacidade dessas pessoas em selecionar peças de vestuário adequadas às condições térmicas e climáticas do ambiente (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

O vestuário exerce um papel fundamental no bem-estar psicológico do indivíduo, sendo utilizado, diversas vezes, como meio adaptativo a necessidades ambientais e sociais, adquirindo um valor importante para os idosos, devido à perda dos suportes habituais de ego (ARAÚJO; BACHION, 2005). Desse modo, a dependência para satisfazer a necessidade de “vestir-se e despir-se” pelo idoso merece atenção dos enfermeiros, uma vez que pode representar um sinal de depressão e refletir sentimentos de baixa autoestima e autoconfiança, podendo resultar no isolamento social. Foram elaborados quatro enunciados de diagnósticos: *Capacidade para vestir-se e despir-se efetiva; Capacidade para vestir-se e despir-se prejudicada; Capacidade para arrumar-se efetiva; Capacidade para arrumar-se prejudicada*; e 19 de intervenções de enfermagem.

A necessidade de “manter a temperatura adequada” está relacionada ao equilíbrio entre a produção e a dissipação de calor pelo organismo. De forma geral, os idosos mantêm a capacidade de manter a temperatura corporal dentro dos limites de normalidade. Entretanto, o

equilíbrio homeostático torna-se mais frágil, reduzindo a eficácia dos mecanismos de termorregulação (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Os enfermeiros precisam estar capacitados para identificar os idosos vulneráveis a apresentar dificuldades na manutenção da independência para a satisfação da necessidade de “manter a temperatura corporal adequada”, durante as consultas de enfermagem, e detectar as principais demandas para essa necessidade, a fim de selecionar as intervenções de enfermagem mais acertadas (HENDERSON, 1958). No presente estudo, foram elaborados os seguintes enunciados de diagnósticos: *Febre; Hipertermia; Hipotermia; Temperatura corporal adequada*. Para as quais se pensou em 26 propostas de intervenções de enfermagem que estiveram voltadas para a manutenção ou restabelecimento da independência do idoso, auxiliando-os a conservar o máximo de bem-estar.

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 “estar limpo, cuidado e proteger a pele”, tornando o idoso mais vulnerável aos problemas de dependência.

Face ao exposto, os cuidados com a pele do idoso merecem atenção dos enfermeiros de saúde da família, 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).

Pensando-se em manter ou recuperar a independência do idoso na satisfação da necessidade “estar limpo, cuidado e proteger a pele”, foram construídos 16 enunciados de diagnósticos de enfermagem: *Capacidade para banhar-se efetiva; Capacidade para banhar-se prejudicada; Capacidade para o autocuidado efetiva; Capacidade para o autocuidado*

*prejudicada; Capacidade para realizar a higiene oral efetiva; Capacidade para realizar a higiene oral prejudicada; Edema periférico; Edema periférico melhorado; Integridade da pele prejudicada; Mucosa oral prejudicada; Pele íntegra; Pele seca; Prurido; Risco de úlcera por pressão; Risco para integridade da pele prejudicada; Úlcera por pressão.* Para estes enunciados diagnósticos, foram propostas 83 intervenções de enfermagem.

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 da necessidade “evitar perigos”, 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).

Frente às demandas na necessidade “evitar perigos”, é importante que os enfermeiros da equipe de saúde da família avaliem as condições do ambiente, identifiquem situações de risco, alertem o idoso e seus familiares/cuidadores e estabeleçam um plano conjunto de medidas para prevenir danos à integridade física e mental desta população. Com esse propósito, foram construídos 34 enunciados de diagnósticos de enfermagem: *Adesão ao regime terapêutico; Ansiedade; Ansiedade relacionada à morte; Autoestima comprometida; Confusão aguda; Confusão crônica; Controle da dor efetivo; Controle da dor ineficaz; Depressão; Disposição para manutenção da saúde melhorada; Dor aguda; Dor crônica; Enfrentamento ineficaz; Enfrentamento melhorado; Falta de adesão ao regime terapêutico; Fragilidade evidente; Hiperglicemia; Hipoglicemia; Ingestão de bebida alcoólica; Manutenção da saúde prejudicada; Medo; Pressão arterial adequada; Pressão arterial alterada; Queda; Risco de depressão; Risco de fragilidade; Risco de intoxicação medicamentosa; Risco de queda; Risco de sobrecarga do cuidador; Risco de trauma; Risco de violência dirigida a terceiros; Risco para síndrome do desuso; Risco para violência doméstica; Sobrecarga do cuidador.* Para esses enunciados diagnósticos, pensou-se em 254 de intervenções de enfermagem.

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 “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.

Para essa necessidade foram elaborados 12 enunciados de diagnósticos de enfermagem: *Comunicação verbal prejudicada; Desempenho sexual prejudicado; Disposição para comunicação melhorada; Interação social prejudicada; Isolamento social; Padrão de sexualidade ineficaz; Percepção sensorial alterada; Processo familiar comprometido; Processo familiar satisfatório; Risco de isolamento social; Risco de solidão; Tristeza crônica*. Para os mesmos, foram agrupadas 89 intervenções de enfermagem.

A necessidade de “aprender” relaciona-se às condições essenciais de sobrevivência do ser humano, possibilitando a aquisição de conhecimentos, atitudes e habilidades para a modificação de comportamentos cuja finalidade seja a manutenção ou a recuperação da saúde. Com o avançar da idade, diversos fatores podem comprometer a satisfação dessa necessidade. Problemas respiratórios, fraqueza, fadiga e dor, integridade dos órgãos sensoriais, fenômenos associados à sobrecarga ou à privação sensorial, bem como os déficits cognitivos são elementos que determinam dificuldades na percepção e na compreensão, reduzindo a capacidade de atenção necessária ao processo de aprendizagem (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Para essa atividade foram elaborados seis enunciados de diagnósticos de enfermagem, quais sejam: *Conhecimento deficiente do cuidador sobre o cuidado ao idoso; Conhecimento deficiente do cuidador sobre o regime terapêutico do idoso; Conhecimento deficiente sobre o estado de saúde; Conhecimento deficiente sobre o regime terapêutico; Memória eficaz; Memória prejudicada*. Para esse conjunto de enunciados diagnósticos foram agrupadas 23 enunciados de intervenções de enfermagem.

O papel social do idoso é um fator importante no significado do envelhecimento, pois depende tanto da forma de vida que tenham levado como das condições atuais nas quais se encontram. Assim, o trabalho constitui-se um importante elemento na constituição da identidade pessoal dos idosos, sendo por eles atribuídos diversos valores de ordem subjetiva,

como o desejo de reconhecimento e de continuar se sentindo útil em um contexto social regulado pelo valor produtivo (ALVARENGA *et al.*, 2009).

As diversas mudanças relacionadas ao envelhecimento podem comprometer a integridade neurológica e musculoesquelética, alterando a capacidade e força física e o nível de energia do idoso, o que pode repercutir negativamente na independência para a satisfação da necessidade “ocupar-se para a autorrealização” (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

O enfermeiro da Atenção Básica deve se fazer presente junto ao idoso com demandas na necessidade de “trabalhar para a autorrealização”, auxiliando-o na reorganização de sua rotina para melhor aproveitamento do tempo livre, por meio de atividades que contribuam para a saúde física e mental. Neste estudo, elaboraram-se dois enunciados de diagnósticos de enfermagem, relacionados a essa necessidade: *Desempenho de papel ineficaz* e *Sentimento de impotência*, para os quais foram atribuídas 16 intervenções de enfermagem.

As atividades de recreação e lazer são elementos fundamentais na vida dos idosos, proporcionando-lhes melhoria da saúde, do nível de socialização e do interesse pela vida. São utilizadas estrategicamente pela pessoa idosa como uma forma de esquecer os problemas e refletir positivamente para um bem-estar físico, mental e social repleto de paz e tranquilidade (NAVARRO *et al.*, 2008; PASKULIN *et al.*, 2010). Contudo, devido as alterações oriundas do processo de envelhecimento e/ou doenças crônicas, os idosos podem apresentar dificuldades na satisfação da necessidade “distrair-se”, a saber: redução da capacidade de movimentos e da força física; integridade sensorial, neurológica e musculoesquelética comprometida; e dor (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Para essa necessidade foram elaborados os seguintes enunciados de diagnósticos de enfermagem: *Atividades de lazer deficientes*; *Capacidade para executar atividade de lazer efetiva*; *Capacidade para executar atividade de lazer prejudicada*; *Disposição para atividade de lazer melhorada*. Foram agrupadas para esses diagnósticos, 15 intervenções de enfermagem.

A religiosidade e a espiritualidade são fontes importantes de suporte emocional para o idoso, sendo inegável seu papel no enfrentamento das situações impostas pelo processo de envelhecimento, facilitando a aceitação das perdas, sendo, por isso, um dos recursos utilizados em circunstâncias adversas (HORTA; FERREIRA; ZHAO, 2010).

A necessidade “agir segundo as suas crenças e valores” exige o funcionamento do sistema neuromuscular que permita ao idoso a realização de suas práticas religiosas/

espirituais. Além disso, a falta de força física, a fraqueza a imobilidade e as doenças crônicas são dificuldades que podem impedir os idosos de satisfazer esta necessidade. Dessa forma, De tal modo, o enfermeiro que atua na comunidade deve valorizar as crenças e incentivar as práticas espirituais em benefício dos idosos, haja vista que a prática de um culto ou a adesão a uma ideologia possibilita a manutenção da integridade psicológica, evita a alienação cultural e pode auxiliar no curso da terapêutica implementada, estimulando o autocuidado (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Para a necessidade de “agir segundo crenças e valores” foram agrupados sete enunciados de diagnósticos de enfermagem: *Angústia espiritual; Crença religiosa conflituosa; Desesperança; Disponibilidade para crença religiosa facilitadora; Luto antecipado; Luto complicado; Sofrimento espiritual*; e 43 enunciados de intervenções de enfermagem.

A utilização dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem construídas neste estudo é de grande relevância para a prática clínica de enfermagem, subsidiando o planejamento e a qualificação da assistência realizada pelos enfermeiros que atuam na Atenção Básica. Além disso, ressalta-se a importância da utilização da Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Henderson e da CIPE<sup>®</sup> que, junto aos enunciados de fenômenos de enfermagem elaborados, possibilitou a construção do Subconjunto Terminológico para a Prática Clínica de Enfermagem ao Idoso na Atenção Básica, que será utilizado para nortear o processo de trabalho do enfermeiro nesse nível de atenção.

## 6.1 SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO CIPE<sup>®</sup> PARA A PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM AO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA

### 6.1.1 Identificação da clientela

Este subconjunto terminológico foi desenvolvido para a prioridade de saúde Enfermagem Gerontogeriátrica. Especificamente, a clientela a qual se destina são os idosos que vivem na comunidade e são acompanhados pelas equipes de saúde da família, no contexto da Atenção Básica, tanto em nível domiciliar quanto nas unidades básicas de saúde da família.

### 6.1.2 Objetivos

- Orientar a prática clínica do enfermeiro com idosos na Atenção Básica, não substituindo o raciocínio clínico e a tomada de decisão pelo enfermeiro;
- Apoiar a documentação sistemática do cuidado clínico de enfermagem na Atenção Básica, usando a CIPE<sup>®</sup>.

### 6.1.3 Significância para a Enfermagem

O envelhecimento populacional é um fenômeno de grande impacto na estrutura econômica e sanitária das sociedades em geral, apresentando-se como o atual desafio para gestores e profissionais de saúde, na medida em que se torna necessário pensar estratégias que visem à manutenção da funcionalidade, autonomia, independência e participação social do idoso junto à família e à comunidade. Para isso, a promoção e a prevenção da saúde devem ser os eixos norteadores para as ações de saúde e a elaboração de políticas públicas destinadas à pessoa idosa (CLARES *et al.*, 2011).

Atualmente, observa-se um crescimento rápido e intenso da população idosa brasileira, contabilizando aproximadamente 18 milhões de idosos e já representa cerca de 10% da população. Estimativas apontam que em 2020, os idosos representarão 15% da população do país (VERAS, 2009).

Esse fenômeno pode resultar no aumento substancial do consumo dos serviços de saúde pelos idosos, como consequência dos vários problemas de saúde relacionados às

condições de adoecimento crônico, perdas sociais, afetivas e financeiras que podem surgir com o avançar da idade (PAIVA *et al.*, 2011). Esses fatores despertam para a necessidade de oferecer uma atenção diferenciada, preventiva, que transcenda a dimensão tecnológica e favoreça um cuidado individualizado, que contemple as peculiaridades desses indivíduos.

Diante do contexto, exige-se dos profissionais de saúde a compreensão da complexidade do processo de envelhecimento humano, o fortalecimento da atenção individual e integral ao idoso e o desenvolvimento de novos modos de agir e cuidar em saúde. Nesse aspecto, vivenciar o contexto familiar e social do idoso é um modo de observar outras dimensões do cuidado em saúde e implementar ações de impacto sobre as demandas locais, em conformidade às propostas da Estratégia de Saúde da Família. Cabe destacar o papel do enfermeiro para buscar melhorias no atendimento ao usuário idoso, no registro das informações executadas e na prática clínica à população idosa.

A construção de um subconjunto terminológico da CIPE<sup>®</sup> para idosos será um relevante recurso tecnológico para sistematizar e fundamentar cientificamente a prática clínica da enfermagem na Atenção Básica, acarretando melhorias na organização e na qualidade do cuidado implementado, além de contribuir para autonomia profissional e maior visibilidade e valorização da Enfermagem nesse nível de atenção.

#### **6.1.4 Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Henderson**

Virginia 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. Para isso, é função própria do enfermeiro atender ao indivíduo, doente 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 doente a (re)adquirir sua independência o mais rápido quanto possível (HENDERSON, 1958, 1961, 2006).

A teórica define homem como alguém que necessita de cuidados de enfermagem, considerando os componentes biológicos, psicológicos, sociológicos e espirituais/ morais. 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).

Em sua proposta de cuidado, o ser humano é considerado um sujeito único e complexo, possibilitando a abordagem do idoso numa perspectiva individual e integral. Ao longo de sua obra, Henderson identificou e listou 14 necessidades fundamentais, que englobam os aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos, culturais e espirituais/morais necessários para conservar e/ou recuperar a saúde, e representam os componentes do cuidado de enfermagem, funções exclusivas dos enfermeiros, descritos como: 1) respiração; 2) alimentação; 3) eliminação; 4) movimento; 5) sono/repouso; 6) vestuário; 7) termorregulação; 8) higiene, cuidado e proteção da pele; 9) controle do ambiente; 10) comunicação; 11) prática religiosa/espiritual; 12) trabalho; 13) lazer e 14) aprendizagem. Estes não representam as carências ou lacunas do ser humano, mas são eventos intrínsecos sem os quais precisará de cuidados para recuperá-los, readquirindo sua independência (HENDERSON, 1958, 1961, 2006).

### **6.1.5 Relação dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para a prática clínica com idosos na Atenção Básica**

De acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Henderson, os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem foram distribuídos por componentes dos cuidados de enfermagem: biológicos/fisiológicos, psicológicos, sociais e espirituais/morais (Quadro 5).

**Quadro 5 – Enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, segundo as Necessidades Humanas Fundamentais de Henderson. Fortaleza, CE, 2014**

<b>Componentes biológicos/ fisiológicos para a prática clínica de enfermagem ao idoso</b>	
<b>Necessidade de respirar</b>	
<b>Diagnósticos/resultados de enfermagem</b>	
1. Padrão respiratório melhorado	4. Tosse produtiva
2. Padrão respiratório prejudicado	5. Uso de tabaco (especificar: leve, moderado ou excessivo)
3. Tosse seca	
<b>Intervenções de enfermagem</b>	
1. Avaliar a quantidade e características da expectoração	
2. Encaminhar o idoso para avaliação médica, se necessário	
3. Encorajar o abandono do tabagismo	

<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Ensinar técnicas de respiração/relaxamento</li> <li>5. Estimular a participação em atividades de lazer</li> <li>6. Estimular a prática de atividade física regular</li> <li>7. Estimular a tosse</li> <li>8. Estimular a tosse e a expectoração</li> <li>9. Investigar possíveis causas e fatores contribuintes da tosse</li> <li>10. Manter temperatura ambiente adequada</li> <li>11. Monitorar nos sinais vitais</li> <li>12. Negociar estratégias de redução de danos pelo idoso</li> <li>13. Orientar o idoso acerca das complicações do tabaco para o aparelho respiratório</li> <li>14. Orientar o idoso acerca das complicações do tabagismo para a saúde</li> <li>15. Pesquisar o tempo de ocorrência da tosse</li> <li>16. Pesquisar sobre alterações na respiração durante a consulta de enfermagem</li> <li>17. Realizar exame físico do aparelho respiratório do idoso</li> <li>18. Realizar inalação, quando necessário</li> <li>19. Registrar informações da consulta de enfermagem no prontuário e/ou ficha de acompanhamento</li> <li>20. Registrar os relatos de melhora do padrão respiratório do idoso</li> <li>21. Solicitar exames complementares para avaliação</li> </ol>	
<b>Necessidade de comer e beber</b>	
<b>Diagnósticos/resultados de enfermagem</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adesão ao regime dietético</li> <li>2. Apetite melhorado</li> <li>3. Capacidade de preparar alimentos efetiva</li> <li>4. Capacidade de preparar alimentos prejudicada</li> <li>5. Deglutição prejudicada</li> <li>6. Dentição prejudicada</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Falta de adesão ao regime dietético</li> <li>8. Hidratação prejudicada</li> <li>9. Inapetência</li> <li>10. Ingestão de líquidos adequada</li> <li>11. Peso corporal adequado</li> <li>12. Peso corporal aumentado</li> <li>13. Peso corporal diminuído</li> </ol>
<b>Intervenções de enfermagem</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar a cavidade oral do idoso durante a consulta de enfermagem</li> <li>2. Avaliar o estado de hidratação do idoso</li> <li>3. Avaliar sinais de desidratação</li> <li>4. Elogiar o desempenho no preparo das refeições de forma independente</li> <li>5. Elogiar o idoso no cumprimento do regime dietético</li> <li>6. Elogiar o idoso pela ingestão adequada de líquidos</li> <li>7. Elogiar o idoso pelo cumprimento das orientações fornecidas</li> <li>8. Encaminhar o idoso para nutricionista e/ou avaliação psicológica, se necessário</li> <li>9. Encorajar a modificação no estilo alimentar pelo idoso</li> <li>10. Encorajar o idoso a manter o regime dietético</li> <li>11. Encorajar o idoso a manutenção do peso</li> <li>12. Ensinar ao idoso e/ou cuidador medidas de emergência em caso de engasgo</li> <li>13. Estabelecer uma rotina de horários para as refeições</li> <li>14. Estimular a independência do idoso no preparo dos alimentos, respeitando suas limitações</li> <li>15. Estimular a prática de atividade física regular</li> <li>16. Estimular o aumento da ingestão de líquidos pelo idoso</li> <li>17. Evitar distrações (falar, ver TV) durante o ato de se alimentar</li> <li>18. Explicar acerca dos prejuízos do uso de substâncias corrosivas (álcool, tabaco, alimentos condimentados) para a saúde bucal</li> <li>19. Explicar ao idoso acerca das complicações da ingestão de líquidos diminuída para a saúde</li> </ol>	

20. Identificar limitações que comprometam a capacidade de preparar os alimentos
21. Incentivar a ingestão de, no mínimo, dois litros de líquidos diariamente
22. Incentivar a manutenção de uma alimentação saudável, respeitando as preferências do idoso
23. Incentivar acompanhamento periódico com o dentista
24. Incentivar o idoso a aderir ao regime dietético
25. Investigar as causas da redução da ingestão de líquidos
26. Investigar causas de ganho de peso pelo idoso
27. Investigar causas de perda de peso pelo idoso
28. Investigar dificuldades para a aquisição de alimentos pelo idoso
29. Investigar o uso de substâncias ou alimentos corrosivos (álcool, tabaco, alimentos condimentados)
30. Manter supervisão no preparo dos alimentos, quando necessário
31. Mensurar o peso e calcular IMC do idoso durante a consulta de enfermagem
32. Mensurar o peso e calcular IMC e a medida da circunferência abdominal do idoso durante a consulta de enfermagem
33. Mensurar o peso e calcular o IMC do idoso durante a consulta de enfermagem
34. Monitorar a ingestão de líquidos pelo idoso
35. Monitorar o regime dietético do idoso
36. Observar sinais de anemia e/ou sangramentos
37. Orientar a correta higienização de próteses dentárias
38. Orientar a organização do ambiente de modo a facilitar o preparo dos alimentos pelo idoso
39. Orientar acerca da importância de mastigar bem os alimentos antes de engolir e assegurar-se que a porção anterior de alimentos tenha sido deglutida
40. Orientar cuidados com a saúde bucal
41. Orientar familiares e/ou cuidador a manter um ambiente seguro para o preparo dos alimentos pelo idoso
42. Orientar o idoso a prender a respiração ao engolir
43. Orientar o idoso e a família/cuidador quanto à dieta.
44. Orientar o idoso sobre os benefícios da mudança no estilo de vida
45. Orientar sobre a higiene oral após as refeições e sempre que necessário
46. Orientar técnica correta de escovação dos dentes
47. Pesquisar a adoção de dietas restritivas pelo idoso
48. Pesquisar as causas da perda de apetite pelo idoso
49. Planejar, em parceria com o idoso, estratégias para redução do peso
50. Reforçar a importância de manter o ambiente organizado e seguro para o preparo dos alimentos
51. Reforçar a manutenção de uma alimentação saudável
52. Registrar informações da consulta de enfermagem no prontuário e/ou ficha de acompanhamento
53. Registrar informações da consulta de enfermagem no prontuário e/ou caderneta de saúde da pessoa idosa

#### Necessidade de eliminar

#### Diagnósticos/resultados de enfermagem

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| 1. Constipação                                     | 5. Eliminação intestinal melhorada    |
| 2. Diarreia  | 6. Eliminação urinária melhorada      |
| 3. Disposição para eliminação intestinal melhorada | 7. Incontinência intestinal           |
| 4. Disposição para eliminação urinária             | 8. Incontinência urinária             |
|  | 9. Incontinência urinária de urgência |

melhorada	10. Retenção urinária
<b>Intervenções de enfermagem</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar a frequência e as características da eliminação intestinal</li> <li>2. Avaliar a frequência e as características da eliminação urinária</li> <li>3. Avaliar sinais de desidratação</li> <li>4. Desencorajar a ingestão de líquidos no período noturno</li> <li>5. Desencorajar o consumo de substâncias e alimentos que aumentem o peristaltismo intestinal (caféina, bebidas gaseificadas)</li> <li>6. Desencorajar o uso de laxantes por via oral</li> <li>7. Elogiar o idoso pelo cumprimento das orientações fornecidas</li> <li>8. Encorajar o idoso a adotar uma rotina para evacuar</li> <li>9. Ensinar exercícios de fortalecimento da musculatura anal</li> <li>10. Ensinar técnicas para o manejo intestinal ao idoso (massagem abdominal, extração manual de fezes, uso de supositório de glicerina, quando necessário)</li> <li>11. Estimular a adequação da ingestão de líquidos</li> <li>12. Estimular a manutenção da ingestão de líquidos adequada</li> <li>13. Estimular a perda de peso pelo idoso</li> <li>14. Estimular o aumento da ingestão de líquidos pelo idoso</li> <li>15. Fornecer apoio emocional ao idoso</li> <li>16. Fornecer apoio emocional ao idoso</li> <li>17. Identificar as causas da constipação intestinal</li> <li>18. Identificar as causas da incontinência intestinal</li> <li>19. Identificar os fatores desencadeantes da diarreia</li> <li>20. Incentivar a manutenção de uma alimentação saudável</li> <li>21. Incentivar a manutenção de uma alimentação saudável, rica em fibras, pelo idoso</li> <li>22. Incentivar a prática regular de atividade física</li> <li>23. Investigar as causas da incontinência urinária</li> <li>24. Investigar as causas da retenção urinária</li> <li>25. Investigar as condições de saneamento básico do domicílio do idoso</li> <li>26. Investigar o hábito intestinal do idoso</li> <li>27. Investigar o hábito intestinal do idoso e as características das fezes</li> <li>28. Monitorar a frequência e as características das eliminações intestinais</li> <li>29. Orientar a respeitar o primeiro desejo miccional</li> <li>30. Orientar a seleção de uma dieta rica em fibras</li> <li>31. Orientar exercícios para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico</li> <li>32. Orientar medidas de higiene pessoal</li> <li>33. Orientar o cateterismo vesical intermitente, quando necessário</li> <li>34. Orientar o idoso e/ou cuidador para monitorar os sinais e sintomas de infecção do trato urinário</li> <li>35. Orientar o idoso e/ou cuidador sobre o uso de fraldas e/ou dispositivo urinário externo à noite</li> <li>36. Orientar o uso de fraldas</li> <li>37. Orientar quanto à micção programada em intervalos regulares e a respeitar o primeiro desejo miccional</li> <li>38. Orientar quanto às medidas de higiene pessoal e dos alimentos</li> <li>39. Orientar sobre a redução da ingestão de alimentos considerados irritantes vesicais (caféina, bebidas gaseificadas, pimenta, e alimentos e bebidas ácidas)</li> </ol>	

40. Pesquisar o uso de medicamentos que possam contribuir para a incontinência (diuréticos, antidepressivos)	
41. Pesquisar o uso de medicamentos que possam contribuir para retenção urinária (antidepressivos, anticolinérgicos)	
42. Pesquisar sobre os hábitos alimentares do idoso	
43. Planejar a organização do ambiente, facilitando o acesso do idoso ao banheiro	
44. Realizar exame físico do aparelho gastrintestinal no idoso	
45. Registrar informações da consulta de enfermagem no prontuário e/ou ficha de acompanhamento	
46. Treinar a micção programada em intervalos regulares	
<b>Necessidade de dormir e repousar</b>	
<b>Diagnósticos/resultados de enfermagem</b>	
1. Fadiga	3. Padrão de sono prejudicado
2. Padrão de sono melhorado	4. Repouso eficaz
<b>Intervenções de enfermagem</b>	
1. Auxiliar o idoso na execução das tarefas difíceis, quando necessário	
2. Avaliar a energia/disposição do idoso para a realização das atividades de vida diária	
3. Avaliar o padrão habitual de sono do idoso durante a consulta de enfermagem	
4. Ensinar ao idoso e/ou cuidador medidas de conforto e técnicas de relaxamento muscular	
5. Incentivar a prática regular de atividade física	
6. Investigar as causas da fadiga	
7. Investigar causas de interferência no sono	
8. Orientar a necessidade de períodos de descanso entre as atividades	
9. Orientar sobre a importância de seguir uma rotina de horários para dormir e repousar	
10. Orientar sobre a redução da ingestão de alimentos considerados estimulantes (cafeína, chocolate, bebidas gaseificadas)	
11. Otimizar a realização das tarefas importantes e prioritárias pelo idoso	
12. Planejar a organização do ambiente, promovendo conforto e fornecendo condições adequadas para o repouso	
13. Planejar a organização do ambiente, promovendo conforto e fornecendo condições adequadas para promover o sono	
14. Planejar adaptações no ambiente domiciliar	
15. Reduzir estímulos ambientais 30 minutos antes e durante os períodos de repouso	
16. Reforçar a importância de um descanso satisfatório para a manutenção da saúde	
17. Reforçar as orientações sobre a necessidade de períodos de descanso entre as atividades	
<b>Necessidade de mover-se e manter boa postura</b>	
<b>Diagnósticos/resultados de enfermagem</b>	
1. Capacidade de transferência efetiva	4. Deambulação prejudicada
2. Capacidade de transferência prejudicada	5. Intolerância à atividade física
3. Deambulação efetiva	6. Mobilidade física prejudicada
<b>Intervenções de enfermagem</b>	
1. Auxiliar o idoso enquanto deambula, quando necessário	
2. Auxiliar o idoso nas transferências, quando necessário	
3. Avaliar a necessidade de recursos auxiliares para a realização das transferências	
4. Avaliar as limitações físicas do idoso para se transferir	
5. Encorajar a independência do idoso para deambular, respeitando suas limitações físicas	

<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Ensinar a família e/ou o cuidador sobre técnicas de transferência mais adequadas e seguras para o idoso</li> <li>7. Encorajar a independência do idoso para transferência, de acordo com suas limitações físicas</li> <li>8. Identificar as alterações na mobilidade do idoso</li> <li>9. Identificar fatores predisponentes para prejuízos da deambulação</li> <li>10. Incentivar a prática regular de atividade física</li> <li>11. Incentivar o uso de recursos auxiliares para a realização das transferências sempre que necessário</li> <li>12. Incentivar o uso de recursos que facilitam a locomoção</li> <li>13. Investigar as causas da intolerância à atividade</li> <li>14. Orientar a interrupção da atividade em caso de mal-estar</li> <li>15. Orientar a necessidade de períodos de descanso entre as atividades</li> <li>16. Orientar o idoso e família sobre medidas preventivas de quedas e adaptações no ambiente domiciliar</li> <li>17. Orientar o uso de recursos que facilitam a locomoção</li> <li>18. Orientar sobre o tipo de calçado adequado</li> <li>19. Planejar, em parceria com o idoso, estratégias para aumentar o nível de atividade e melhorar o condicionamento</li> <li>20. Rastrear o risco de quedas e de outros acidentes no domicílio</li> <li>21. Reforçar a orientação sobre o uso adequado de recursos auxiliares para a realização das transferências</li> <li>22. Reforçar orientações sobre técnicas de transferência mais adequadas e seguras para o idoso</li> <li>23. Supervisionar a deambulação do idoso</li> </ol>	
<b>Necessidade de vestir-se e despir-se</b>	
<b>Diagnósticos/resultados de enfermagem</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Capacidade para vestir-se e despir-se efetiva</li> <li>2. Capacidade para vestir-se e despir-se prejudicada</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Capacidade para arrumar-se prejudicada</li> <li>4. Capacidade para arrumar-se efetiva</li> </ol>
<b>Intervenções de enfermagem</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar necessidade de recursos de adaptação para o idoso arrumar-se</li> <li>2. Avaliar necessidade de recursos de adaptação para realizar as atividades de vestir-se e despir-se</li> <li>3. Avaliar o risco de quedas e acidentes durante as atividades de vestir-se e despir-se</li> <li>4. Elogiar o desempenho do idoso em executar a atividade de arrumar-se de forma independente</li> <li>5. Elogiar o desempenho do idoso em executar as atividades de vestir-se e despir-se de forma independente</li> <li>6. Encorajar a independência do idoso para arrumar-se, respeitando suas limitações</li> <li>7. Encorajar a independência do idoso para vestir-se e despir-se, respeitando suas limitações</li> <li>8. Identificar limitações que comprometam a capacidade de aprontar-se</li> <li>9. Identificar limitações que comprometam a capacidade de vestir-se e despir-se</li> <li>10. Organizar o ambiente de modo a facilitar a realização da atividade de arrumar-se</li> <li>11. Organizar o ambiente de modo a facilitar a realização das atividades de vestir-se e despir-se</li> <li>12. Orientar aos familiares e cuidadores sobre vestimentas fáceis de vestir (preferir roupas largas e com botões)</li> <li>13. Realizar treino de vestuário com o idoso</li> <li>14. Reforçar a importância de manter o ambiente organizado de modo a facilitar a realização da atividade de arrumar-se</li> </ol>	

15. Reforçar a importância de manter o ambiente organizado e seguro para realização das atividades de vestir-se e despir-se	
16. Reforçar aos familiares e cuidadores sobre vestimentas fáceis de vestir (preferir roupas largas e com botões)	
17. Supervisionar as atividades de vestir-se e despir-se, quando necessário	
<b>Necessidade de manter a temperatura adequada</b>	
<b>Diagnósticos/resultados de enfermagem</b>	
1. Febre	3. Hipotermia
2. Hipertermia	4. Temperatura corporal adequada
<b>Intervenções de enfermagem</b>	
1. Acompanhar curva de temperatura	
2. Administrar medicação antitérmica, conforme adequado	
3. Avaliar o idoso quanto aos sintomas associados	
4. Ensinar o idoso e/ou cuidador os sinais precoces de alerta e os riscos da hipertermia	
5. Ensinar o idoso e/ou cuidador os sinais precoces de alerta e os riscos da hipotermia	
6. Estimular a reposição de líquidos após atividades com grandes gastos de energia	
7. Incentivar a ingestão de líquidos	
8. Incentivar a ingestão de líquidos	
9. Observar reações de desorientação/confusão	
10. Orientar familiares e/ou cuidador a manter o ambiente arejado	
11. Orientar familiares e/ou cuidador a manter o ambiente arejado	
12. Orientar o uso de meios físicos para o controle da febre	
13. Orientar sobre a importância do uso de roupas adequadas para o ambiente ou para as atividades planejadas	
14. Registrar informações da consulta de enfermagem no prontuário e/ou ficha de acompanhamento	
<b>Necessidade de estar limpo, cuidado e proteger a pele</b>	
<b>Diagnósticos/resultados de enfermagem</b>	
1. Capacidade para banhar-se efetiva	8. Edema periférico melhorado
2. Capacidade para banhar-se prejudicada	9. Integridade da pele prejudicada
3. Capacidade para o autocuidado efetiva	10. Mucosa oral prejudicada
4. Capacidade para o autocuidado prejudicada	11. Pele íntegra
5. Capacidade para realizar a higiene oral efetiva	12. Pele seca
6. Capacidade para realizar a higiene oral prejudicada	13. Prurido
7. Edema periférico	14. Risco de úlcera por pressão
	15. Risco para integridade da pele prejudicada
	16. Úlcera por pressão
<b>Intervenções de enfermagem</b>	
1. Auxiliar o idoso no autocuidado, quando necessário	
2. Avaliar a cavidade oral do idoso durante a consulta de enfermagem	
3. Avaliar a integridade da pele	
4. Avaliar as características da lesão e condições da pele circunvizinha	
5. Avaliar as características da úlcera por pressão e condições da pele perilesão	
6. Avaliar as possíveis causas do edema	
7. Avaliar condições da pele e perfusão do idoso	
8. Avaliar e registrar a melhora do edema periférico	

9. Avaliar necessidade de recursos de apoio no banho e/ou adaptações no banheiro (apoio de pé, cadeira de banho, barras de apoio)
10. Avaliar os riscos de desenvolver úlcera por pressão mediante uso de escalas validadas
11. Avaliar risco de quedas e acidentes durante o banho
12. Avaliar turgor cutâneo e nível de hidratação
13. Eliminar as fontes de pressão, sobretudo nas áreas de proeminências ósseas
14. Elogiar o desempenho na realização das atividades de autocuidado
15. Elogiar o desempenho nos cuidados com a higiene corporal
16. Elogiar o desempenho nos cuidados com a higiene oral
17. Ensinar familiares e/ou cuidador os cuidados com a lesão de pele, no domicílio
18. Ensinar familiares e/ou cuidador os cuidados com a úlcera por pressão, no domicílio
19. Estimular a capacidade do idoso para o autocuidado independente, respeitando suas limitações
20. Estimular a independência nos cuidados com a higiene oral
21. Estimular a independência para banhar-se, respeitando suas limitações
22. Estimular a ingestão adequada de líquidos
23. Estimular a prática de atividade física regular
24. Evitar fricção e cisalhamento durante transferências e mudanças de decúbito
25. Explicar acerca dos prejuízos do uso de substâncias corrosivas (álcool, tabaco, alimentos condimentados) para a saúde bucal
26. Explicar os prejuízos da úlcera por pressão para a qualidade de vida do idoso
27. Explicar os prejuízos de lesões de pele para a qualidade de vida do idoso
28. Identificar as causas do prurido
29. Identificar limitações que comprometam a capacidade de realizar a higiene oral
30. Identificar limitações que comprometam a capacidade de realizar o autocuidado
31. Identificar limitações que comprometam a capacidade de tomar banho
32. Incentivar a ingestão de líquidos
33. Incentivar a manutenção de uma alimentação saudável pelo idoso
34. Incentivar a manutenção de uma alimentação saudável, respeitando as preferências do idoso
35. Incentivar o aumento da ingestão de líquidos e a adoção de uma alimentação saudável pelo idoso
36. Investigar o uso de substâncias ou alimentos corrosivos (álcool, tabaco, alimentos condimentados)
37. Manter as unhas do idoso curtas e limpas
38. Monitorar a ingestão de líquidos
39. Orientar a higienização de próteses dentárias
40. Orientar a importância da independência no autocuidado para a qualidade de vida do idoso
41. Orientar cuidados com a higiene corporal para o idoso e/ou cuidador
42. Orientar cuidados com a higiene oral
43. Orientar cuidados com a pele
44. Orientar familiares e/ou cuidador sobre a importância da mudança de decúbito a cada duas horas
45. Orientar hidratação da pele e uso de hidratante
46. Orientar o idoso a não coçar o local
47. Orientar o idoso e/ou cuidador sobre as causas, prevenção e identificação precoce da úlcera por pressão
48. Orientar o idoso e/ou cuidador sobre as causas, prevenção e identificação precoce de lesões de pele
49. Orientar o idoso sobre repouso e elevação dos membros inferiores

50. Orientar sobre a higiene oral após as refeições e sempre que necessário
51. Orientar sobre a importância da higiene corporal adequada para a saúde do idoso
52. Orientar técnica correta de escovação dos dentes
53. Pesquisar sobre a alimentação do idoso
54. Planejar rotina de cuidados com a lesão de pele
55. Planejar rotina de cuidados com a úlcera por pressão
56. Realizar inspeção da pele durante a consulta de enfermagem
57. Reforçar a importância da independência no autocuidado para a qualidade de vida do idoso
58. Reforçar as orientações de risco do edema periférico
59. Reforçar orientações sobre a importância da higiene corporal adequada para a saúde do idoso
60. Reforçar orientações sobre cuidados com a higiene corporal
61. Reforçar orientações sobre cuidados com a higiene oral
62. Registrar informações da consulta de enfermagem no prontuário e/ou ficha de acompanhamento
63. Solicitar exames complementares para avaliação
64. Supervisionar higiene corporal, quando necessário

#### **Necessidade de evitar perigos**

##### **Diagnósticos/resultados de enfermagem**

- |   |   |
|---|---|
| 1. Adesão ao regime terapêutico                     | 17. Hiperglicemia   |
| 2. Ansiedade (especificar: leve, moderada ou grave) | 18. Hipoglicemia  |
| 3. Ansiedade relacionada à morte                    | 19. Ingestão de bebida alcoólica (especificar: leve, moderada ou excessiva) |
| 4. Autoestima comprometida                          | 20. Manutenção da saúde prejudicada   |
| 5. Confusão aguda                                   | 21. Medo (especificar o foco)   |
| 6. Confusão crônica                                 | 22. Pressão arterial adequada   |
| 7. Controle da dor efetivo                          | 23. Pressão arterial alterada   |
| 8. Controle da dor ineficaz                         | 24. Queda   |
| 9. Depressão (especificar: leve, moderada ou grave) | 25. Risco de depressão  |
| 10. Disposição para manutenção da saúde melhorada   | 26. Risco de fragilidade  |
| 11. Dor aguda                                       | 27. Risco de intoxicação medicamentosa                                      |
| 12. Dor crônica                                     | 28. Risco de queda  |
| 13. Enfrentamento ineficaz                          | 29. Risco de sobrecarga do cuidador   |
| 14. Enfrentamento melhorado                         | 30. Risco de trauma   |
| 15. Falta de adesão ao regime terapêutico           | 31. Risco de violência dirigida a terceiros                                 |
| 16. Fragilidade evidente                            | 32. Risco para síndrome do desuso   |
|   | 33. Risco para violência doméstica  |
|   | 34. Sobrecarga do cuidador  |

##### **Intervenções de enfermagem**

1. Auxiliar o cuidador a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio
2. Auxiliar o idoso a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio
3. Avaliar a influência da dor na mobilidade prejudicada
4. Avaliar a influência da dor no estilo de vida do idoso
5. Avaliar a intensidade do medo
6. Avaliar a necessidade de órteses para prevenir deformidades
7. Avaliar a necessidade de uso de medicação de emergência
8. Avaliar a probabilidade de desenvolver complicações da imobilidade
9. Avaliar a quantidade de ações exercidas pelo cuidador

10. Avaliar a realidade da ameaça percebida pelo idoso
11. Avaliar a sobrecarga do cuidador e/ou familiares mediante uso de escalas validadas
12. Avaliar as possibilidades de mobilizar recursos sociais e familiares
13. Avaliar barreiras à adesão ao regime terapêutico
14. Avaliar continuamente o nível de ansiedade e o enfrentamento
15. Avaliar o grau de confusão
16. Avaliar o grau de dependência do idoso mediante uso de escalas validadas
17. Avaliar o grau de depressão mediante uso de escalas validadas
18. Avaliar o grau de fragilidade no idoso mediante uso de escalas validadas
19. Avaliar o grau de sobrecarga do cuidador mediante uso de escalas validadas
20. Avaliar o impacto de experiências subjetivas e pregressas com a morte diante da condição atual do idoso
21. Avaliar o nível de ansiedade
22. Avaliar o nível de ansiedade do idoso em relação à morte
23. Avaliar o nível de dor mediante uso de escalas validadas
24. Avaliar o risco de depressão mediante uso de escalas validadas
25. Avaliar o risco de sobrecarga do cuidador mediante uso de escalas validadas
26. Avaliar o risco para fragilidade no idoso mediante uso de escalas validadas
27. Avaliar os fatores causadores/ contribuintes da baixa autoestima
28. Avaliar os fatores causadores/ contribuintes da confusão
29. Avaliar os fatores causadores/ contribuintes da preocupação/ medo da morte ou de morrer
30. Avaliar os fatores relacionados à dificuldade de manter um comportamento em busca da saúde
31. Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do idoso à dor
32. Desencorajar a automedicação
33. Desencorajar o consumo de bebida alcoólica
34. Desencorajar o uso de contenções e a imobilização do idoso
35. Desenvolver junto ao idoso estratégias de enfrentamento
36. Desenvolver junto ao idoso estratégias para enfrentamento do medo
37. Desenvolver junto ao idoso estratégias para enfrentamento do medo da morte
38. Determinar o grau de limitação do enfrentamento ineficaz
39. Determinar o significado do processo de morte/ morrer para o idoso
40. Elogiar o idoso pela adesão ao regime terapêutico
41. Elogiar o idoso pelas conquistas/ progressos no enfrentamento
42. Elogiar o idoso pelo desempenho em busca de saúde
43. Encaminhar o idoso para avaliação psiquiátrica, se necessário
44. Encaminhar o idoso para serviço de Psicologia, se necessário
45. Encorajar a adesão ao regime terapêutico
46. Encorajar a modificação no estilo alimentar pelo idoso
47. Encorajar o abandono do etilismo
48. Encorajar o idoso a comunicar e expressar seus sentimentos
49. Encorajar o idoso a denunciar episódios de maus tratos
50. Ensinar ao cuidador e/ou familiares cuidados com o idoso incontinente
51. Ensinar ao idoso e/ou cuidador medidas de conforto e técnicas de relaxamento
52. Ensinar ao idoso e/ou cuidador técnicas para treino da memória

53. Ensinar familiares e/ou cuidador a identificarem sinais e sintomas de intoxicação medicamentosa
54. Ensinar o idoso e/ou cuidador os sinais precoces de alerta e os riscos da hiperglicemia
55. Ensinar o idoso e/ou cuidador os sinais precoces de alerta, os riscos e o controle da hipoglicemia
56. Ensinar técnicas para relaxamento e controle do estresse
57. Escutar e valorizar as necessidades e angústias do idoso
58. Escutar e valorizar as opiniões do idoso sobre suas dificuldades de enfrentamento
59. Escutar e valorizar os sentimentos e angústias do idoso
60. Escutar e valorizar os sentimentos e percepções do idoso sobre si próprio
61. Escutar e valorizar os sentimentos e preocupações do idoso
62. Estabelecer vínculo de confiança com o idoso
63. Estimular a comunicação com a equipe de saúde/ família
64. Estimular a expressão do sentimento de medo da morte
65. Estimular a manutenção dos cuidados com a própria saúde pelo cuidador
66. Estimular a participação em atividades de lazer
67. Estimular a prática de atividade física regular
68. Estimular a socialização e a participação do cuidador em atividades de lazer
69. Estimular a verbalização e a descrição da dor pelo idoso
70. Estimular o envolvimento do idoso no autocuidado
71. Estimular o envolvimento religioso/ espiritual do idoso
72. Estimular o idoso a reconhecer e expressar seus sentimentos e preocupações
73. Evitar conflitos
74. Fazer o controle da pressão arterial do idoso
75. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso
76. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso, cuidador e familiares
77. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso/família
78. Identificar a localização e as características da dor
79. Identificar junto ao idoso modos de evitar/aliviar a dor
80. Identificar os conhecimentos de saúde e hábitos de vida do idoso
81. Identificar os fatores causadores/ contribuintes da ansiedade
82. Identificar os fatores de risco para depressão
83. Identificar os fatores desencadeantes de agressividade
84. Identificar os sistemas de apoio disponíveis para o idoso
85. Incentivar a manutenção de uma alimentação saudável pelo idoso
86. Incentivar a participação de outros familiares e a divisão de tarefas no cuidado ao idoso
87. Incentivar a participação em atividades de grupo na unidade básica de saúde da família
88. Incentivar a prática regular de atividade física
89. Incentivar o acompanhamento da pressão arterial
90. Incentivar o uso de recursos que facilitam a locomoção
91. Inserir o idoso em programas de reabilitação, se necessário
92. Investigar as causas da queda
93. Investigar as possíveis causas da hiperglicemia
94. Investigar as possíveis causas da hipoglicemia
95. Investigar o conhecimento, as crenças e as influências culturais do idoso acerca da dor
96. Investigar os fatores de risco para alterações na pressão sanguínea do idoso

97. Investigar os possíveis fatores causadores/contribuintes da dor
98. Investigar os possíveis fatores precipitantes da depressão
99. Investigar se os analgésicos prescritos estão sendo utilizados corretamente
100. Investigar sinais de violência e maus tratos contra o idoso
101. Manter o idoso orientado quanto ao tempo e espaço
102. Monitorar os níveis glicêmicos do idoso durante as consultas de enfermagem
103. Negociar estratégias de redução de danos pelo idoso
104. Observar frequentemente o comportamento do idoso
105. Observar mudanças de humor ou comportamentais sugestivas de sintomas depressivos
106. Oferecer apoio emocional ao cuidador
107. Oferecer informações adequadas sobre cuidados gerais com a saúde
108. Oferecer pequena quantidade de doce, se disponível
109. Orientar cuidador e/ou familiares sobre a retirada de objetos perigosos e manutenção de um ambiente seguro
110. Orientar cuidados com a pele
111. Orientar cuidados com a saúde e prevenção de pressão sanguínea elevada
112. Orientar exercícios para fortalecimento e melhora do equilíbrio e da mobilidade articular
113. Orientar familiares e/ou cuidador sobre a implementação de medidas de segurança
114. Orientar familiares e/ou cuidador sobre a importância de maximizar a mobilidade do idoso
115. Orientar familiares e/ou cuidador sobre a situação e métodos de enfrentamento
116. Orientar familiares e/ou cuidador sobre os cuidados no preparo e administração de medicamentos ao idoso
117. Orientar idoso e família sobre medidas preventivas de quedas e adaptações no ambiente domiciliar
118. Orientar idoso e/ou cuidador sobre a alimentação em horários determinados e os riscos do jejum prolongado
119. Orientar idoso e/ou cuidador sobre a influência da dor e a importância do controle efetivo na qualidade de vida
120. Orientar idoso e/ou cuidador sobre a situação e métodos de enfrentamento
121. Orientar idoso e/ou cuidador sobre o consumo de lanche antes de dormir para evitar hipoglicemia noturna e durante atividade física
122. Orientar idoso e/ou cuidador sobre o uso correto dos medicamentos prescritos
123. Orientar o cuidador sobre métodos de enfrentamento
124. Orientar o idoso acerca das complicações do etilismo para a saúde
125. Orientar o idoso e/ou familiares sobre medidas preventivas de acidentes e adaptações no domicílio
126. Orientar o idoso e/ou familiares sobre medidas preventivas de quedas e adaptações no domicílio
127. Orientar o idoso sobre as complicações para a saúde quando não segue o regime terapêutico
128. Orientar o idoso sobre o regime terapêutico
129. Orientar o idoso sobre os benefícios da mudança no estilo de vida
130. Orientar sobre a situação e métodos de enfrentamento
131. Orientar sobre o acondicionamento dos medicamentos
132. Orientar sobre o comportamento em busca de saúde
133. Orientar sobre o tipo de calçado adequado
134. Orientar sobre o uso correto das medicações prescritas
135. Orientar sobre o uso correto dos medicamentos prescritos

136. Orientar sobre os benefícios do regime terapêutico para a qualidade de vida do idoso
137. Orientar sobre os riscos da automedicação
138. Orientar uso de analgésicos, conforme prescrição
139. Planejar os horários de administração e os intervalos entre os medicamentos a fim de prevenir interações medicamentosas
140. Pesquisar o uso de medicamentos hipoglicemiantes
141. Prevenir a incontinência do idoso
142. Promover a comunicação que contribua para o senso de integridade do idoso
143. Promover a socialização
144. Promover ações educativas de promoção da saúde
145. Promover o bem-estar do idoso
146. Proporcionar um ambiente de confiança/conforto
147. Rastrear o risco de quedas no domicílio
148. Rastrear o risco de traumas e de outros acidentes no domicílio
149. Reforçar a comunicação com a equipe de saúde/ família
150. Reforçar a importância de mudanças no estilo de vida
151. Reforçar a importância do controle efetivo da dor para a qualidade de vida do idoso
152. Reforçar a manutenção de uma alimentação saudável
153. Reforçar a necessidade de exprimir sentimentos/ opiniões
154. Reforçar informações sobre cuidados gerais com a saúde
155. Reforçar o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento
156. Reforçar orientações sobre medidas de conforto e técnicas de relaxamento
157. Reforçar orientações sobre o comportamento em busca de saúde e benefícios da mudança no estilo de vida
158. Registrar informações da consulta de enfermagem no prontuário e/ou caderneta de saúde da pessoa idosa
159. Solicitar exames laboratoriais para avaliação e/ou investigação diagnóstica

**Componentes psicológicos para a prática clínica de enfermagem ao idoso**  
**Necessidade de comunicar**

**Diagnósticos/resultados de enfermagem**

- |   |  |
|---|--|
| 1. Comunicação verbal prejudicada             | auditiva, gustativa, olfativa ou visual) |
| 2. Desempenho sexual prejudicado              | 8. Processo familiar comprometido        |
| 3. Disposição para comunicação melhorada      | 9. Processo familiar satisfatório        |
| 4. Interação social prejudicada               | 10. Risco de isolamento social           |
| 5. Isolamento social                          | 11. Risco de solidão                     |
| 6. Padrão de sexualidade ineficaz             | 12. Tristeza crônica                     |
| 7. Percepção sensorial alterada (especificar: |  |

**Intervenções de enfermagem**

1. Ajudar a família a identificar e solucionar as situações conflitantes
2. Auxiliar o idoso a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio
3. Auxiliar o idoso a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio fora da família
4. Avaliar a dinâmica dos relacionamentos/ funcionamento familiar
5. Avaliar a necessidade de utilização de recursos/próteses
6. Avaliar a presença/ proximidade da família/ amigos
7. Avaliar o conhecimento do idoso e orientar sobre anatomia e o impacto do envelhecimento sobre a função sexual

8. Avaliar o grau de limitação decorrente das alterações sensoriais
9. Avaliar o conhecimento do idoso e orientar sobre anatomia e o impacto do envelhecimento sobre a sexualidade
10. Avaliar o risco de isolamento social
11. Avaliar os fatores causadores/ contribuintes da disfunção sexual
12. Avaliar os fatores causadores/ contribuintes da tristeza
13. Avaliar os fatores causadores/ contribuintes das alterações associadas à sexualidade
14. Avaliar os fatores causadores/ contribuintes das alterações na fala
15. Avaliar os fatores causadores/ contribuintes das alterações na percepção sensorial
16. Avaliar os fatores causadores/ contribuintes das dificuldades nas interações sociais
17. Avaliar os fatores causadores/ contribuintes do sentimento de solidão
18. Desenvolver junto ao idoso estratégias de enfrentamento
19. Desenvolver junto ao idoso estratégias para enfrentamento da situação
20. Desenvolver junto ao idoso estratégias para enfrentamento e superação da tristeza
21. Desenvolver junto ao idoso/ parceiro estratégias para enfrentamento da situação
22. Determinar a importância da atividade sexual para o idoso
23. Determinar os fatores contribuintes para a inexistência de relacionamentos pessoais satisfatórios
24. Determinar os padrões de relacionamento familiar e os comportamentos sociais
25. Elogiar o idoso pela disposição em melhorar a comunicação
26. Elogiar pelo padrão de relacionamentos/ funcionamento familiar
27. Encaminhar o idoso para serviço de Psicologia, se necessário
28. Encaminhar o idoso para serviço especializado, se necessário
29. Ensinar ao idoso e/ou cuidador medidas de conforto e técnicas de relaxamento
30. Escutar e valorizar as opiniões do idoso sobre o sentimento de isolamento
31. Escutar e valorizar os sentimentos do idoso acerca da disfunção sexual
32. Escutar e valorizar os sentimentos do idoso acerca do comportamento sexual alterado
33. Escutar e valorizar os sentimentos e expressões do idoso acerca das alterações sensoriais
34. Escutar e valorizar os sentimentos e preocupações do idoso
35. Estimular a participação em atividades de lazer
36. Estimular a verbalização da situação pelo idoso
37. Explicar sobre as alterações na percepção sensorial decorrentes do processo de envelhecimento
38. Falar com clareza e em voz alta, mantendo o contato visual com o idoso
39. Fornecer apoio emocional ao idoso/ parceiro
40. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso
41. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso/família
42. Identificar formas alternativas de expressão sexual aceitáveis pelo idoso/ parceiro
43. Identificar os sistemas de apoio disponíveis para o idoso
44. Incentivar a participação em atividades de grupo na unidade básica de saúde da família
45. Incentivar o envolvimento da família no plano de cuidados
46. Observar as respostas comportamentais do idoso
47. Observar e valorizar a linguagem não verbal utilizada pelo idoso
48. Observar os padrões de comunicação da família
49. Orientar sobre a disponibilidade de recursos auxiliares para solucionar o problema de expressão sexual

50. Planejar estratégias facilitadoras da comunicação
51. Promover a estimulação sensorial do idoso
52. Promover a socialização
53. Proporcionar um ambiente de confiança/conforto que possibilite a discussão dos problemas sexuais
54. Reforçar a definição de papéis entre os membros da família
55. Reforçar a importância do diálogo entre os membros da família
56. Reforçar o envolvimento da família no plano de cuidados
57. Reforçar o uso de estratégias facilitadoras da comunicação
58. Simplificar a comunicação com o idoso, utilizando uma linguagem simples e clara
59. Utilizar técnica de *feedback* para certificar-se que o idoso escutou e entendeu a informação nova

### Necessidade de aprender

#### Diagnósticos/resultados de enfermagem

- |   |  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conhecimento deficiente do cuidador sobre o cuidado ao idoso</li> <li>2. Conhecimento deficiente do cuidador sobre o regime terapêutico do idoso</li> <li>3. Conhecimento deficiente sobre o estado de</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Saúde</li> <li>5. Conhecimento deficiente sobre o regime terapêutico</li> <li>6. Memória eficaz</li> <li>7. Memória prejudicada</li> </ol> |
|---|--|

#### Intervenções de enfermagem

1. Aplicar o minixame do estado mental durante as consultas de enfermagem
2. Avaliar a segurança do cuidador/ idoso que recebe os cuidados
3. Avaliar as causas e o grau de limitação do déficit de memória
4. Avaliar o conhecimento do idoso e orientar sobre as alterações do envelhecimento e processo saúde-doença
5. Elogiar o idoso pelo treinamento de memória
6. Encaminhar o idoso para avaliação psicológica/ cognitiva, se necessário
7. Ensinar ao idoso/ cuidador técnica de treinamento de memória
8. Ensinar técnicas de cuidado ao idoso dependente, no domicílio
9. Identificar as dificuldades do cuidador
10. Incentivar idoso/ cuidador a seguir as orientações no domicílio
11. Incentivar o envolvimento da família no plano de cuidados
12. Orientar a participação em cursos de treinamento/ capacitação
13. Orientar o acompanhamento regular do idoso na unidade da estratégia de saúde da família e/ou serviços de saúde disponíveis
14. Orientar o acompanhamento regular na unidade da estratégia de saúde da família e/ou serviços de saúde disponíveis
15. Orientar o cuidador sobre o regime terapêutico do idoso
16. Orientar o idoso sobre o regime terapêutico e sua importância para a saúde
17. Orientar sobre os benefícios do regime terapêutico para a saúde do idoso
18. Reforçar o seguimento das orientações no domicílio
19. Reforçar orientações sobre técnica de treinamento de memória
20. Utilizar técnica de *feedback* para certificar-se que o idoso escutou e entendeu a informação nova
21. Utilizar técnica de *feedback* para estimular a memorização das orientações fornecidas ao idoso

### Componentes sociais para a prática clínica de enfermagem ao idoso

#### Necessidade de ocupar-se para autorrealização

#### Diagnósticos/resultados de enfermagem

1. Desempenho de papel ineficaz	2. Sentimento de impotência
<b>Intervenções de enfermagem</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajudar o idoso a desenvolver estratégias para lidar com as mudanças de papéis</li> <li>2. Ajudar o idoso a estabelecer metas realistas para o futuro</li> <li>3. Auxiliar o idoso a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio</li> <li>4. Avaliar a intensidade do sentimento de impotência experimentado pelo idoso/ família</li> <li>5. Desenvolver junto ao idoso estratégias de enfrentamento</li> <li>6. Determinar o papel do idoso na família</li> <li>7. Determinar os padrões de relacionamento familiar e os comportamentos sociais</li> <li>8. Encorajar a participação em grupos de apoio/ orientação vocacional</li> <li>9. Encorajar a participação nas atividades domésticas e/ou reinserção no mercado de trabalho, respeitando as limitações do idoso</li> <li>10. Escutar e valorizar os sentimentos e expressões do idoso sobre sua condição atual e as mudanças de papéis</li> <li>11. Escutar e valorizar os sentimentos e expressões do idoso sobre sua condição atual e perspectivas futuras</li> <li>12. Identificar e reforçar os pontos fortes/ habilidades pessoais do idoso</li> <li>13. Identificar os sistemas de apoio disponíveis para o idoso</li> <li>14. Investigar os fatores causadores/ contribuintes do sentimento de impotência</li> <li>15. Promover a independência do idoso, respeitando suas limitações</li> </ol>	
<b>Necessidade de distrair-se</b>	
<b>Diagnósticos/resultados de enfermagem</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atividades de lazer deficientes</li> <li>2. Capacidade para executar atividade de lazer efetiva</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Capacidade para executar atividade de lazer prejudicada</li> <li>4. Disposição para atividade de lazer melhorada</li> </ol>
<b>Intervenções de enfermagem</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar as causas da dificuldade para realizar as atividades de lazer</li> <li>2. Avaliar os fatores causadores/ contribuintes para a falta de interesse nas atividades de lazer/ recreação</li> <li>3. Elogiar o desempenho do idoso na realização das atividades de lazer</li> <li>4. Elogiar o envolvimento do idoso em atividades de lazer</li> <li>5. Estimular a participação em atividades de lazer</li> <li>6. Identificar as atividades de lazer favoritas do idoso</li> <li>7. Incentivar a participação do idoso em reuniões familiares que proporcionem momentos diversão/ bem-estar</li> <li>8. Orientar o envolvimento da família no planejamento de atividades de lazer/ recreação para o idoso</li> <li>9. Orientar sobre os benefícios do lazer para a qualidade de vida</li> <li>10. Reforçar orientações sobre o envolvimento da família no planejamento de atividades de lazer/ recreação para o idoso</li> <li>11. Reforçar os benefícios do lazer para a qualidade de vida</li> </ol>	
<b>Componentes espirituais/ morais para a prática clínica de enfermagem ao idoso</b>	
<b>Necessidade de agir segundo suas crenças e valores</b>	
<b>Diagnósticos/resultados de enfermagem</b>	

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Angústia espiritual</li> <li>2. Crença religiosa conflituosa</li> <li>3. Desesperança</li> <li>4. Disponibilidade para crença religiosa facilitadora</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Luto antecipado</li> <li>6. Luto complicado</li> <li>7. Sofrimento espiritual</li> </ol>
<b>Intervenções de enfermagem</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajudar o idoso a estabelecer metas realistas para o futuro</li> <li>2. Apoiar o processo de luto</li> <li>3. Auxiliar o idoso a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio</li> <li>4. Avaliar as crenças espirituais do idoso</li> <li>5. Avaliar as crenças religiosas do idoso/família</li> <li>6. Avaliar as crenças religiosas/ espirituais do idoso</li> <li>7. Avaliar o grau de desesperança do idoso</li> <li>8. Avaliar o impacto de experiências subjetivas e pregressas com a morte pelo idoso</li> <li>9. Avaliar o luto</li> <li>10. Desenvolver junto ao idoso estratégias de enfrentamento</li> <li>11. Desenvolver junto ao idoso estratégias para enfrentamento do luto</li> <li>12. Determinar a importância da crença religiosa para o idoso</li> <li>13. Determinar a importância da espiritualidade na vida do idoso</li> <li>14. Determinar os fatores causadores/ contribuintes da angústia espiritual</li> <li>15. Elogiar o idoso por exercer sua prática religiosa</li> <li>16. Encaminhar o idoso para serviço de Psicologia, se necessário</li> <li>17. Encorajar a participação em cerimônias religiosas</li> <li>18. Encorajar a participação em grupos de apoio</li> <li>19. Escutar e valorizar os sentimentos e expressões do idoso acerca do processo de luto</li> <li>20. Escutar e valorizar os sentimentos e opiniões do idoso acerca de suas crenças e valores</li> <li>21. Escutar e valorizar os sentimentos e percepções do idoso</li> <li>22. Escutar e valorizar sentimentos e expressões do idoso acerca do sentimento de luto antecipado</li> <li>23. Estimular a participação em atividades de lazer</li> <li>24. Estimular o idoso a desenvolver e praticar sua espiritualidade/ religiosidade</li> <li>25. Estimular o idoso a expandir e praticar sua espiritualidade</li> <li>26. Fornecer apoio emocional e espiritual ao idoso</li> <li>27. Identificar os fatores causadores/ contribuintes do sentimento de desesperança</li> <li>28. Incentivar o cuidador/familiar a estimular a prática religiosa pelo idoso</li> <li>29. Incentivar o idoso a manter uma crença religiosa facilitadora</li> <li>30. Investigar as causas da antecipação do luto</li> <li>31. Investigar as causas do sofrimento espiritual no idoso</li> <li>32. Promover a socialização</li> <li>33. Reforçar a participação em cerimônias religiosas</li> <li>34. Respeitar a individualidade do idoso em relação à sua crença religiosa</li> </ol>	

A presente proposta de construção do Subconjunto Terminológico CIPE® para a Prática Clínica de Enfermagem ao Idoso na Atenção Básica servirá como instrumento

importante na prática profissional dos enfermeiros que atuam nesse nível de atenção, pois pode favorecer a implantação do processo de enfermagem, disseminar a utilização e implantação da CIPE<sup>®</sup> e beneficiar o idoso/ família ao prestar uma assistência integral, individualizada e de qualidade.

## 7 CONCLUSÃO

O aumento expressivo da população de idosos traz consigo, não somente alterações no perfil demográfico do país, como também implica forte impacto na ordem política, social, econômica e, sobretudo, no setor saúde devido às mudanças no perfil de morbidade. Desse modo, o envelhecimento populacional apresenta-se como o atual paradigma e o grande desafio a ser enfrentado pelos gestores, profissionais de saúde e sociedade como um todo.

Nesse aspecto, a enfermagem deve assumir papel de destaque, responsabilizando-se pelo cuidado, educação, prevenção e promoção da saúde dos idosos e de suas famílias e da comunidade em seu entorno. Destarte, emerge como possibilidade de fornecer meios para a melhoria na qualidade de vida do idoso através de estratégias que visem à manutenção da autonomia e independência desses sujeitos.

Para esse fim, a utilização de uma linguagem padronizada e de referenciais teóricos próprios da enfermagem, como a CIPE<sup>®</sup> e o modelo de cuidados de enfermagem de Virginia Henderson, respectivamente, mostra-se como alternativa viável para qualificação da prática clínica de enfermagem ao nos diferentes contextos de cuidado, inclusive no âmbito da Atenção Básica de Saúde.

No que diz respeito aos objetivos elencados para o estudo, pode-se afirmar que foram alcançados, o que resultou na construção de um banco de dados com 359 termos validados para a prática clínica com idosos, que subsidiou a elaboração de 127 enunciados de diagnósticos/ resultados de enfermagem e 515 enunciados de intervenções de enfermagem diferentes, com o intuito de fornecer um instrumento facilitador para a prática clínica de enfermagem prestada a essa população, possibilitando efetivar o processo de enfermagem na Atenção Básica.

Acredita-se que a estruturação dessa proposta de subconjunto terminológico da CIPE<sup>®</sup> seja um recurso tecnológico imprescindível para nortear o cuidado clínico de enfermagem, uma vez que o diagnóstico/resultados retrata o julgamento clínico feito de acordo com as demandas de necessidades do idoso e, depois dessa identificação, o enfermeiro terá subsídios, por meio das intervenções de enfermagem, para identificar as ações necessárias da prática clínica.

Dentre as implicações desta pesquisa para a prática clínica de enfermagem destaca-se: identificação da linguagem especializada e peculiar utilizada pelo enfermeiro no cuidado clínico ao idoso na Atenção Básica; possibilidade de inclusão de novos termos, conceitos e enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem na CIPE<sup>®</sup>, contribuindo para seu contínuo desenvolvimento e aprimoramento; maior visibilidade e reconhecimento profissional, promovendo mais autonomia à profissão; avanço científico, tecnológico e inovador da Enfermagem.

Dentre as limitações desta pesquisa, merece destaque a dificuldade em identificar especialistas com conhecimento aprofundado sobre a CIPE<sup>®</sup> e os subconjuntos terminológicos para a etapa de validação de conteúdo. Apesar de ser crescente o número de grupos e linhas de pesquisa brasileiros envolvidos no estudo da CIPE<sup>®</sup>, faz-se necessária a consolidação de pesquisadores com um maior amadurecimento teórico e prático sobre esta classificação, sobretudo no processo de construção de subconjuntos terminológicos.

Ressalta-se que os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções construídos não foram validados por especialistas, o que consiste em outra limitação desta pesquisa. Dessa forma, recomenda-se que esses enunciados sejam submetidos à validação de conteúdo, a fim de garantir a confiabilidade dos mesmos, por meio da integração entre conhecimentos científico e prático. E, posteriormente, seja realizada a validação clínica dos mesmos, mediante a realização de estudos de casos clínicos com idosos acompanhados pelas equipes de saúde da família, com o objetivo de verificar sua aplicabilidade contexto de cuidado.

Conclui-se esta pesquisa chamando a atenção para a importância de investigações sobre o fazer do enfermeiro pautado no método científico e com fundamentação teórica consistente. Portanto, reforça-se a necessidade de que os enfermeiros de todo o mundo lancem mão dos subconjuntos terminológicos no âmbito da assistência, ensino e pesquisa, conforme preconiza o CIE, como possibilidade de avanço científico e tecnológico e consolidar uma terminologia de referência a ser usada mundialmente na prática profissional da enfermagem.

## REFERÊNCIAS

ALVARENGA, L. N. *et al.* Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n.4, p. 796-802, 2009.

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.3, p.468-478, 2010.

AMANTE, L. N. *et al.* A interface entre o ensino do processo de enfermagem e sua aplicação na prática assistencial. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.1, p.201-207. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a24.htm>>. Acesso em: 30 set. 2012.

ANDRADE, L. L. *et al.* Termos identificados em uma clínica médica e classificados como não constantes na CIPE<sup>®</sup>. **Rev. Eletr. Enf.**, v.14, n.2, p.330-336. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/v14n2a13.htm>>. Acesso em: 02 out. 2012.

ARAÚJO, A. A. **Catálogo CIPE<sup>®</sup> para pacientes com insuficiência cardíaca congestiva**. 2009. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

ARAÚJO, L. A. O.; BACHION, M. M. Diagnósticos de enfermagem do padrão mover em idosos de uma comunidade atendida pelo programa saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.39, n.1, p.53-61, 2005.

BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. **Pessoas idosas: uma abordagem global**. Lisboa: Lusodidacta, 1995.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986: dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1986.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987: regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1987.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994: dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1994.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro de Estado da Saúde. Portaria nº. 1.395 de 9 de dezembro de 1999: aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003: dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.528, de 19 de outubro de 2006: dispõe sobre a política nacional de saúde da pessoa idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 76p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Volume 4. Série Pactos pela Saúde/2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192p. (Cadernos de Atenção Básica, n.19).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 64p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v.12).

CARVALHO, M. W. A. **Catálogo CIPE® para dor oncológica**. 2009. 88f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

CLARES, J. W. B. *et al.* Construction of terminology subsets: contributions to clinical nursing practice. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.47, n.4, p.965-970, 2013.

CLARES, J. W. B. *et al.* Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. **Rev. RENE**, v.12, n.esp., p.988-994, 2011.

CLARES, J. W. B. *et al.* Sleep and rest needs of seniors: a study grounded in the work of Henderson. **Acta Paul. Enferm.**, v.25, n.esp.1, p.54-59, 2012.

CLARES, J. W. B.; FREITAS, M. C. Diagnósticos de enfermagem do domínio Nutrição identificados em idosos da comunidade. **Rev. Eletr. Enf.**, v.15, n.4, p.940-947, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.20513>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

CLARES, J. W. B.; FREITAS, M. C.; BORGES, C. L. Social and clinical factors causing mobility limitations um the elderly. **Acta Paul. Enferm.**, v.257 n.3, p.237-242, 2014.

CLARES, J. W. B.; FREITAS, M. C.; GUEDES, M. V. C. Methodological approach for the development of terminology subsets INCP<sup>®</sup>: an integrative review. **Rev. Esc. Enferm. USP**. In press.

COENEN, A.; KIM, T. Y. Development of terminology subsets using ICNP. **Int. J. Med. Inform.**, v.79, n.7, p.530-538, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº. 358, de 15 de outubro de 2009**: dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Brasília: COFEN, 2009.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (CIE). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE<sup>®</sup> Versão 1.0**. Tradução Heimar de Fátima Marin. São Paulo: Algor Editora, 2007.

\_\_\_\_\_. **Linhas de orientação de catálogos CIPE<sup>®</sup>**. Tradução Hermínia Castro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009.

\_\_\_\_\_. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE<sup>®</sup> Versão 2**. Tradução Heimar de Fátima Marin. São Paulo: Algor Editora, 2011a.

\_\_\_\_\_. **CIPE<sup>®</sup> Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Tradução Hermínia Castro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011b.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. **Saber preparar uma pesquisa**: definição, estrutura, financiamento. 2.ed. São Paulo: Huitec, 1997.

CUBAS, M. R.; EGRY, E. Y. Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC<sup>®</sup>. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.42, n.1, p.181-186, 2008.

CUBAS, M. R.; SILVA, S. H.; ROSSO, M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>): uma revisão de literatura. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.1, p.186-194, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a23.htm>>. Acesso em: 01 out. 2012.

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

FEHRING, R. J. The Fering model. In: CARROLL-JOHNSON, R. M. (Ed.). **Classification of nursing diagnoses**: proceedings of the tenth conference. Philadelphia: Lippincott, 1994, p.55.

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, 2000. p.59-72.

GANDOLPHO, M. A.; FERRARI, M. A. C. A enfermagem cuidando do idoso: reflexões bioéticas. **Mundo Saúde**, v.30, n.3, p.398-408, 2006.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.13, n.1, p.188-193, 2009.

\_\_\_\_\_. **Centre for ICNP<sup>®</sup> research and development of the Federal University of Paraíba, Post-Graduate Program in Nursing – Brazil.** ICN International Conference, ICNP Consortium, Malta, 2011. Disponível em: <[http://www.icn.ch/images/stories/documents/programs/icnp/2011\\_Federal\\_University\\_of\\_Paraiba\\_-\\_ICNP\\_Centre.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/programs/icnp/2011_Federal_University_of_Paraiba_-_ICNP_Centre.pdf)>. Acesso em: 02 out. 2012.

\_\_\_\_\_. A terminologia CIPE<sup>®</sup> e a participação do Centro CIPE<sup>®</sup> brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. **Rev. Bras. Enferm.**, v.66, n.esp., p.142-150, 2013.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L., COLER, M. S. Centro CIPE<sup>®</sup> do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. **Rev. Bras. Enferm.**, v.61, n.6, p.888-891, 2008.

\_\_\_\_\_. Centro de pesquisa e desenvolvimento da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. **Acta Paul. Enferm.**, v.22, n.1, p.v-vi, 2009. Editorial.

HALLORAN, E. J. Virginia Henderson and her timeless writings. **J. Adv. Nurs.**, v.23, p.17-24, 1996.

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

\_\_\_\_\_. **Principios basicos de los cuidados de enfermería.** Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1961. 56p. (OPS. Publicación Científica, 57).

\_\_\_\_\_. **Principios y prácticas de enfermería.** Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras, 1971. 63p.

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

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

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, 2000. p.11-20.

HORTA, A. L. M.; FERREIRA, D. C. O.; ZHAO, L. M. Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. **Rev. Bras. Enferm.**, v.63, n.4, p.523-528, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico de 2010: resultados do universo.** Disponível em:

<ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo\_Demografico\_2010/Resultados\_do\_Universo/tabelas\_pdf/tab1.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2012.

IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 1980-2050 – revisão 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

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

\_\_\_\_\_. **Palliative care for dignified dying: ICNP® Catalogue**. Geneva: ICN, 2009.

\_\_\_\_\_. **Nursing outcome indicators: ICNP® Catalogue**. Geneva, ICN, 2011.

\_\_\_\_\_. **Community nursing: ICNP® Catalogue**. Geneva, ICN, 2012a.

\_\_\_\_\_. **Paediatric pain management: ICNP® Catalogue**. Geneva, ICN, 2012b.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO). **ISO 18104: health informatics integration of a reference terminology model for nursing**, Genebra: ISO, 2003.p.1-28.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nurs. Res.**, v.35, n.6, p.382-385, 1986.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n.2, p.335-342, 2007.

MARGARIDO, E.S.; CASTILHO, V. Aferição do tempo e do custo médio do trabalho da enfermeira na consulta de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.40, n.3, p.427-433, 2006.

MARIN, H. F. Vocabulário: recurso para construção de base de dados em Enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v.13, n.1, p. 86-89, 2000.

MATUMOTO, S. *et al.* Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.1, p.123-130, 2011.

MEDEIROS, A. C. T. **Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para idosos comunitários: proposta de subconjunto terminológico da CIPE®**. 2011. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

MEIER, M. J. **Tecnologia em Enfermagem: desenvolvimento de um conceito**. 2004. 216f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. 2004.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

NAVARRO, F. M. *et al.* Percepção de idosos sobre a prática e a importância da atividade física em suas vidas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.29, n.4, p.596-603, 2008.

NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, v.58, n.2, p. 227-230, 2005.

NÓBREGA, R. V. **Proposta de subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® para hipertensos na atenção básica.** 2012. 148f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

OLIVEIRA, J. C. A.; TAVARES, D. M. S. Elderly attention to health strategy in the family: action of nurses. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.44, n.3, p.774-781, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en\\_32.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en_32.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

PAIVA, A. T. G. *et al.* Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. **Cogitare Enferm.**, v.16, n.1, p.22-28, 2011.

PASKULIN, L. M. G. *et al.* Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. **Acta Paul. Enferm.**, v.23, n.1, p.101-107, 2010.

PASQUALI L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiq. Clin.**, v.25, n.5, p.206-213, 1998. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/conc255a.htm>>. Acesso em: 13 jun. 2013.

PINHEIRO, G. M. L.; ALVAREZ, A. M.; PIRES, D. E. P. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n.8, p.2105-2115, 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2011.

RUIVO, S.; VIANA, P.; MARTINS, C.; BAETA, C. Efeito do envelhecimento cronológico na função pulmonar: comparação da função respiratória entre adultos e idosos saudáveis. **Rev. Port. Pneumol.**, v.XV, n.4, p.629-653, 2009.

SILVA, D. C. N.; RIBEIRO, A. A.; FABRÍCIO, S. C. C. Produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem a idosos. **Rev. Enferm. UERJ**, v.15, n.3, p.406-410, 2007.

SILVA, E. M. *et al.* Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.17, n.4, p.989-998, 2001.

SILVA, L. W. S *et al.* Arte na enfermagem: iniciando um diálogo reflexivo. **Texto Contexto Enferm.**, v.14, n.1, p.120-123, 2005.

SOUZA, E. A.; SCOCHI, M. J.; MARASCHIN, M. S. Estudo da morbidade em uma população idosa. **Esc. Anna Nery**, v.15, n.2, p.380-388, 2011.

TÓTORA, S. Apontamentos para uma ética do envelhecimento. **Rev. Kairós**, v.11, n.1, p. 21-38, 2008.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.3, p.548-554, 2009.

WELLS, J. L.; DUMBRELL, A. C. Nutrition and aging: assessment and treatment of compromised nutritional status in frail elderly patients. **Clin. Interv. Aging**, v.1, n.1, p.67-79, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2682454/>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

ZUZELO, P. R. *et al.* Describing the influence of technologies on registered nurse's work. **Clin. Nurse Spec.**, v.22, n.3, p.132-140, 2008.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A - CARTA CONVITE AOS ESPECIALISTAS**

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

Ilmº. Sr.

Prof. Dr.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Prezado professor,

Sou aluno do curso de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem, nível Mestrado, da Universidade Estadual do Ceará. O meu projeto de dissertação tem como objetivo geral estruturar um subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® para idosos na Atenção Básica, com base no referencial teórico de Virginia Henderson, e está sob orientação da Profª Drª Maria Célia de Freitas.

Os subconjuntos terminológicos consistem em agrupamentos de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem que favorecem a adoção de uma linguagem unificada e acessível aos enfermeiros de todos os países, conforme recomenda o Conselho Internacional de Enfermeiros.

A referida pesquisa será realizada em quatro etapas: 1) Coleta de termos e conceitos relevantes para a prática clínica de enfermagem ao idoso na Atenção Básica; 2) Validação dos termos e construção do Banco de Termos para a Prática Clínica de Enfermagem ao Idoso na Atenção Básica; 3) Elaboração das enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem; e 4) Estruturação do Subconjunto Terminológico da CIPE® para a Prática Clínica de Enfermagem ao Idoso na Atenção Básica.

Na primeira etapa, foram identificados e catalogados nos documentos oficiais sobre idosos (Política Nacional do Idoso, Estatuto do Idoso, Política Nacional de Saúde da

Pessoa Idosa, Caderno de Atenção Básica n.19 – envelhecimento e saúde da pessoa idosa, e Guia Prático do Cuidador) termos e conceitos considerados relevantes para a prática clínica de enfermagem ao idoso na Atenção Básica.

Esses termos precisam ser submetidos a um processo de validação de conteúdo, a fim de para estruturação do Banco de Termos para a Prática Clínica de Enfermagem ao Idoso na Atenção Básica, que subsidiará as demais etapas da pesquisa.

Por este motivo estamos solicitando a um grupo de especialistas que analisem os itens construídos, a fim de verificar sua pertinência para a temática em questão.

Gostaria de solicitar a sua preciosa colaboração para julgar se os termos e conceitos listados são clínica e culturalmente relevantes/ pertinentes para a prática clínica de enfermagem ao idoso na Atenção Básica.

Para indicar o seu julgamento, assinale um X na coluna apropriada.

Se considerar necessário modificar a redação do item ou acrescentar novos termos/ conceitos, sinta-se a vontade para apontar a sugestão seguida da sua justificativa.

Havendo concordância em participar desta etapa da pesquisa, solicitamos que estas informações sejam mantidas em sigilo, considerando que serão utilizadas posteriormente em publicações.

Após a análise, pedimos que devolva o material para o endereço eletrônico de origem.

Por entender que esta tarefa lhe exigirá grande dedicação e a sua imprescindível competência, desde já agradecemos imensamente a sua colaboração.

Estaremos encaminhando uma declaração relativa a sua contribuição ao trabalho como juiz na apreciação dos termos e conceitos.

Sempre a seu dispor para quaisquer esclarecimentos,

Atenciosamente,

---

Enf. Jorge Wilker Bezerra Clares

Mestrando

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Célia de Freitas

Orientadora

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) senhor(a) a participar como juiz da pesquisa intitulada: **Proposta de subconjunto terminológico da CIPE® para a prática clínica de enfermagem ao idoso na Atenção Básica**. Trata-se de dissertação de mestrado de **Jorge Wilker Bezerra Clares**, discente do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, sob a orientação da pesquisadora **Profa. Dra. Maria Célia de Freitas**.

Essa pesquisa tem como objetivo geral estruturar um subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® para idosos na Atenção Básica, com base no referencial teórico de Virginia Henderson.

A finalidade da pesquisa é contribuir para a construção de subconjunto terminológico de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para idosos na Atenção Básica que seja sensível a nossa realidade, e que possa favorecer a integração do conhecimento científico e prático, assim como a utilização de uma linguagem unificada para a documentação da prática profissional de Enfermagem.

Após sua aceitação em participar deste estudo, o(a) senhor(a) receberá a cópia de um formulário contendo termos e conceitos extraídos de documentos oficiais sobre idosos no Brasil. No referido instrumento deverão ser assinalados com um X, para fins de validação, os termos e conceitos considerados relevantes para a prática clínica de enfermagem ao idoso na Atenção Básica.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento o(a) senhor(a) poderá desistir e cancelar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para a sua relação com o pesquisador ou em seu local de trabalho. Será garantida a sua privacidade e a proteção de sua imagem, sendo assim, o(a) senhor(a) não correrá risco. A participação é voluntária, portanto, não haverá remuneração.

Ressalta-se que as duas vias deste termo deverão ser assinadas: uma para o arquivamento junto ao pesquisador e outra para o(a) senhor(a).

No caso de dúvidas, o comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), encontra-se disponível para esclarecimentos sobre esta pesquisa pelo telefone (85) 3101-9890 – Endereço: Av. Paranjana, 1700 – campus do Itaperi, CEP 60740-000, Fortaleza –CE. Contatos com o mestrando Jorge Wilker Bezerra Clares, fone (98) 8166-4765, e com a orientadora Profa<sup>a</sup>. Dra<sup>a</sup>. Maria Célia de Freitas (85) 9983-7248.

Certos de contar com sua colaboração, desde já agradecemos.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Jorge Wilker Bezerra Clares  
Enfermeiro - pesquisador

### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui esclarecido(a) sobre a natureza, os objetivos e as garantias éticas da pesquisa, por isso, concordo em participar do estudo.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
Jorge Wilker Bezerra Clares - pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante da pesquisa

## APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



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

**Dados de Identificação:**

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Idade (em anos completos): \_\_\_\_\_

Titulação máxima: ( ) Graduado ( ) Especialista ( ) Mestre ( ) Doutor

Tempo de formação (graduação): \_\_\_\_\_

**Por favor, responda às seguintes questões (pode escolher mais de uma alternativa nas questões 1, 2 e 5):**

1. Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor(a) ou orientador(a), estudo na temática *Terminologias de Enfermagem, com enfoque na CIPE®*?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Monografia de graduação | <input type="checkbox"/> Monografia de especialização |
| <input type="checkbox"/> Dissertação             | <input type="checkbox"/> Tese                         |
| <input type="checkbox"/> Artigos científicos     | <input type="checkbox"/> Outros                       |
| <input type="checkbox"/> Não se aplica           |   |

2. Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor(a) ou orientador(a), estudo na temática *Saúde da Pessoa Idosa*?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Monografia de graduação | <input type="checkbox"/> Monografia de especialização |
| <input type="checkbox"/> Dissertação             | <input type="checkbox"/> Tese                         |
| <input type="checkbox"/> Artigos científicos     | <input type="checkbox"/> Outros                       |
| <input type="checkbox"/> Não se aplica           |   |

3. Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa que envolve/envolveu a temática *Terminologias de Enfermagem, com enfoque na CIPE®*? ( ) Sim ( ) Não

4. Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa que envolve/envolveu a temática *Saúde da Pessoa Idosa*? ( ) Sim ( ) Não

5. Nos últimos 12 meses, onde exerceu suas atividades profissionais?

- |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hospital    | <input type="checkbox"/> Unidade Básica de Saúde | <input type="checkbox"/> Instituição de ensino |
| <input type="checkbox"/> Outro _____ |  | <input type="checkbox"/> Não se aplica         |

6. Utiliza/utilizou o processo de enfermagem (CIPE®) em sua prática profissional (assistência/ensino)?

- ( ) Sim. Por quanto tempo? \_\_\_\_\_ ( ) Não

7. Presta/prestou assistência de enfermagem a pessoas idosas? ( ) Sim ( ) Não

8. No ensino, ministra/ministrou disciplinas que envolvem a temática *Terminologias de Enfermagem, com enfoque na CIPE®*? ( ) Sim ( ) Não

9. Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa que envolve/envolveu a temática *Saúde da Pessoa Idosa*? ( ) Sim ( ) Não

Por favor, leia atentamente os itens abaixo e assinale um X na coluna apropriada para indicar seu julgamento quanto à pertinência do termo analisado para a prática clínica de enfermagem ao idoso na Atenção Básica.

TERMOS	Considero aplicável à área	
	Sim	Não
Abandono		
Abdome		
Abordagem integral		
Abuso sexual		
Acompanhamento		
Acompanhante		
Acompanhar		
Aconselhar		
Adaptação		
Adequado		
Adesão		
Administrar		
Adulto		
Afetividade		
Aflição		
Agente comunitário de saúde		
Agressividade		
Agressor		
Agudo		
Ajudante		
Ajudar		
Alcoolismo		
Alegre		
Alergia		
Alimentar		
Alimento		
Alongamento		
Alterações fisiológicas		
Alterado		
Alterar		
Alto		
Ambiente		
Ambulatório		
Amigo		
Amputação		
Anal		

TERMOS	Considero aplicável à área	
	Sim	Não
Analfabeto		
Andador		
Angústia		
Anorexia		
Ansiedade		
Antecedente		
Apetite		
Aplicar		
Apoiar		
Apoio emocional		
Aposentadoria		
Área de abrangência		
Assadura		
Assegurar		
Assintomático		
Assistência social		
Assistir TV		
Atenção		
Atenção domiciliar		
Atender		
Atitudes negativas		
Atividades de vida diária		
Atualizar		
Audição		
Autoconfiante		
Autocuidado		
Autoestima		
Automedicação		
Autonegligência		
Autonomia		
Avaliar		
Baixo peso		
Banhar-se		
Barras de apoio		
Bem estar		
Bengala		

TERMOS	Considero aplicável à área	
	Sim	Não
Bexiga		
Boca		
Braços		
Buscar		
Cabeça		
Cabelos		
Cadeira de rodas		
Cama		
Cansaço		
Capacidade olfativa		
Capacidade para colocação de roupas		
Cárie		
Casa		
Casado		
Cateterização		
Centro de convivência		
Chuveiro		
Circulação periférica		
Cirurgia		
Cocô		
Colaborar		
Colocar roupas		
Comorbidade		
Complexo		
Complicações		
Comportamento		
Comportamento sexual		
Comunicação		
Condições		
Conforto		
Confusão		
Cônjuge		
Constipação		
Consultar		
Contatar		
Continência		
Contribuir		
Controlar		
Controle		

TERMOS	Considero aplicável à área	
	Sim	Não
Coordenar		
Corpo		
Criatividade		
Crônico		
Cuidado		
Cuidador		
Culpa		
Curativo		
Deambulação		
Declínio funcional		
Delirium		
Demência		
Dentição		
Dependente		
Depressão		
Desconforto		
Desempenho		
Desenvolver		
Desmaio		
Desnutrição		
Dia		
Diabético		
Diarreia		
Dignidade		
Direitos do paciente		
Discriminação		
Domicílio		
Dor		
Droga		
Dúvida		
Edema		
Educação em saúde		
Efeito adverso		
Efeito analgésico		
Efeitos colaterais		
Encaminhar		
Enema		
Enfermeiro		
Enfrentamento		
Ensinar		

TERMOS	Considero aplicável à área	
	Sim	Não
Equilíbrio		
Equipe interprofissional		
Esgotamento		
Esperança		
Estabelecer		
Estado		
Estimular		
Estresse		
Evitar		
Exame físico		
Exercício		
Explicar		
Facilitar		
Fadiga		
Família		
Fazer sozinho		
Ferida		
Fezes		
Filho (a)		
Flatulência		
Fome		
Fragilidade		
Fralda		
Fratura		
Frequência		
Funcionalidade		
Grupo		
Guiar		
Hidratação		
Higiene		
Hiperglicemia		
Hipertensão		
Hipertermia		
Hipoglicemia		
Hipotensão		
Hipotermia		
História clínica		
História de vida		
Hoje		
Homem		

TERMOS	Considero aplicável à área	
	Sim	Não
Horário		
Hospital-dia		
Hospitalização		
Intoxicação		
Idade		
Idoso		
Impactação		
Impotência		
Impotência sexual		
Incapacidade		
Incontinência de urgência		
Incontinência intestinal		
Incontinência urinária		
Incontinência urinária, total		
Independência		
Indivíduo		
Infantilização		
Infecção		
Inflamação		
Ingestão de alimentos		
Ingestão de líquidos		
Insegurança		
Insônia		
Instabilidade articular		
Instabilidade postural		
Integridade		
Integridade da pele		
Interação medicamentosa		
Intervir		
Intestino		
Inversão de papéis		
Investigar		
Isolamento social		
Joelho		
Lentes corretivas		
Lesão		
Luto		
Mama		
Mastigação		
Maus tratos		

TERMOS	Considero aplicável à área	
	Sim	Não
Medicação		
Médico		
Medida de segurança (proteção)		
Medo		
Memória		
Menopausa		
Metabolismo		
Micção		
Mobilidade		
Monitorar		
Morte		
Mudança de posição		
Músculo		
Necessidade		
Negligência		
Neto		
Notificar		
Nutrição		
Obesidade		
Olhos		
Ombro		
Orientar		
Órtese		
Ostomia		
Ouvido		
Paciente		
Pais		
Papel da família		
Pele		
Penico		
Pênis		
Períneo		
Peso		
Planejar		
Polifármacos		
Posterior		
Prazer		
Prejudicado		
Preparar		

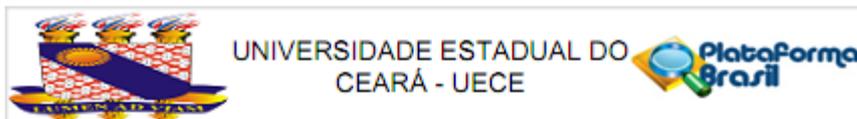
TERMOS	Considero aplicável à área	
	Sim	Não
Prescrever		
Preservativo		
Prevenir		
Priorizar		
Procedimento		
Processo		
Processo familiar		
Programar		
Promover		
Prontuário do paciente		
Proporcionar		
Próstata		
Proteger		
Prótese		
Pulmão		
Qualidade de vida		
Queda		
Quimioterapia		
Radioterapia		
Reabilitação		
Reabilitar		
Realização		
Recuperação		
Reforçar		
Regime		
Registrar		
Regular		
Regular		
Relação social		
Relaxamento muscular		
Renda familiar		
Restringir		
Retenção urinária		
Risco		
Rotina		
Saúde		
Sede		
Sedentarismo		
Segurança		
Sentar		

TERMOS	Considero aplicável à área	
	Sim	Não
Serviço de atenção básica		
Serviço de saúde		
Sexualidade		
Sinal		
Sintoma		
Sistema cardiovascular		
Sistema imunológico		
Sistema musculoesquelético		
Sistema nervoso		
Situação		
Sobrecarga		
Sobrepeso		
Sufrimento		
Solidão		
Sonda		
Sono		
Subagudo		
Suicídio		
Supervisionar		
Supositório		
Tabagismo		
Temperatura		
Tolerância à dieta		
Tomada de decisão		
Tontura		
Tônus muscular		
Tosse		
Total		
Transferir		
Tratamento		
Trauma		
Tristeza		

TERMOS	Considero aplicável à área	
	Sim	Não
Trocar		
Úlcera por pressão		
Unidade básica de saúde		
Urina		
Urinol		
Vacina		
Vagina		
Veia		
Velhice		
Vergonha		
Verificar		
Vestir ou despir		
Vestuário		
Via intramuscular		
Via intravenosa		
Via oral		
Via subcutânea		
Vínculo		
Violência		
Violência doméstica		
Violência econômica		
Violência financeira		
Violência física		
Violência institucional		
Violência patrimonial		
Violência psicológica		
Visita domiciliária		
Vitamina D		
Vizinhança		
Vômito		

## **ANEXO**

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Proposta de subconjunto terminológico da CIPE para idosos: subsídios para a prática clínica de enfermagem na atenção básica

**Pesquisador:** JORGE WILKER BEZERRA CLARES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 18669013.7.0000.5534

**Instituição Proponente:** PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

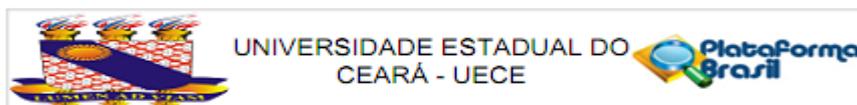
**Número do Parecer:** 501.721

**Data da Relatoria:** 16/12/2013

#### Apresentação do Projeto:

Os profissionais de enfermagem precisam acompanhar as transformações da sociedade contemporânea, assumindo o compromisso de buscarem cada vez mais inovações na assistência, na gestão dos serviços, na pesquisa científica e tecnológica, e no ensino da Enfermagem. Atualmente vive-se um período marcado pelo envelhecimento populacional, onde envelhecer deixou de ser apenas uma expectativa e passou a ser uma realidade para a maioria das sociedades. O envelhecimento é um fenômeno natural e inevitável que se inicia na concepção e tem sua finitude com a morte, sendo cercado por um conjunto de fatores sociais, culturais, ambientais, biológicos e psíquicos que o influenciarão direta ou indiretamente. Envelhecer não é algo novo, porém vem ocorrendo de forma acelerada, principalmente nos países em desenvolvimento, como consequência da redução das taxas de mortalidade e de natalidade, associada à melhoria das condições gerais de vida e saúde da população. Este fenômeno acarreta grande impacto na estrutura econômica e sanitária das sociedades em geral, e requer um olhar diferenciado dos profissionais, gestores e serviços de saúde. Em todo o mundo o número de pessoas idosas está crescendo mais rapidamente do que em qualquer outra faixa etária. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como idoso o indivíduo com 60 anos ou mais, nos países em desenvolvimento, como o

Endereço: Av. Paranjana, 1700  
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3101-9990 Fax: (85)3101-9908 E-mail: diana.pinho@uece.br



Continuação do Projeto: 501.721

Brasil; e nos países desenvolvidos, aquele a partir de 65 anos. Trata-se de uma pesquisa de desenvolvimento metodológico, considerada uma estratégia de pesquisa que visa, mediante o uso sistemático dos conhecimentos existentes, elaborar uma nova intervenção ou melhorar um instrumento, um dispositivo ou um método de mensuração. Este estudo

terá como resultado a estruturação de um subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) para Idosos na Atenção Básica, segundo modelo teórico de Virginia Henderson. A elaboração de subconjuntos terminológicos envolve quatro etapas a serem seguidas: 1) Coleta de termos e conceitos relevantes para a prática clínica de enfermagem nos documentos oficiais sobre idosos publicados no Brasil, e sua posterior validação por especialistas para a construção do banco de termos da prática clínica de enfermagem a Idoso na Atenção Básica; 2) Elaboração das afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem com base nos termos e conceitos validados; 3) Validação das afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem construídas no estudo por especialistas; e 4) Estruturação de um Subconjunto Terminológico da CIPE® para Idosos na Atenção Básica.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Estruturar um subconjunto terminológico da CIPE® para Idosos na Atenção Básica, com base no referencial teórico de Virginia Henderson.

##### Objetivo Secundário:

1. Identificar termos e/ou conceitos da linguagem profissional de Enfermagem evidenciados nos documentos oficiais sobre idosos publicados no Brasil; 2. Fazer o mapeamento cruzado dos termos identificados com os termos constantes no Modelo de Sete Eixos da CIPE®; 3. Elaborar um banco de termos para a prática clínica de enfermagem ao Idoso na Atenção básica; 4. Elaborar afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para Idosos na Atenção Básica.

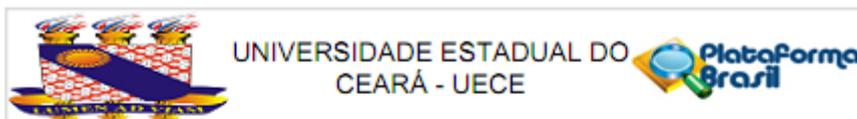
#### avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### Riscos:

Considerando que a utilização do produto final desta pesquisa implicará na mudança de atitudes e práticas por parte dos enfermeiros que atuam no âmbito da atenção básica, esta pesquisa pode ser geradora de tensões nesses profissionais, uma vez que a mudança de práticas, muitas vezes cristalizadas pelo modelo médico-hegemônico tradicional de desenvolver saúde no país, não é tarefa simples. Para reduzir as tensões que possam

surgir, será feito um trabalho de sensibilização dos profissionais, por meio do diálogo e da

Endereço:	Av. Paranjana, 1700	CEP:	60.714-903
Bairro:	Itaperi		
UF:	CE	Município:	FORTALEZA
Telefone:	(85)3101-9990	Fax:	(85)3101-9905
		E-mail:	diana.pinhairo@uece.br



Continuação do Parecer: 501.721

demonstração na prática que o produto desta pesquisa trará benefícios à atividade profissional do enfermeiro na atenção básica, resultando na melhoria do cuidado fornecido ao idoso, uniformização da linguagem utilizada por todos os enfermeiros e maior autonomia e reconhecimento profissional no âmbito do trabalho em equipe multiprofissional.

**Benefícios:**

Espera-se contribuir para a prática clínica de enfermagem na Atenção Básica, partindo do pressuposto que a uniformização da linguagem profissional da Enfermagem no cuidado à pessoa idosa é uma necessidade nos vários cenários de atuação do enfermeiro e sua equipe, sobretudo no âmbito da Atenção Básica. Assim, a construção de um subconjunto terminológico para idosos, de acordo com o modelo proposto pela CIPE®, constituir-se-á em um relevante recurso tecnológico para que a prática clínica da enfermagem ocorra de forma sistematizada e embasada em conhecimento científico, o que resultará na melhoria da organização e da qualidade do cuidado implementado, além de contribuir para autonomia profissional e maior visibilidade e valorização da Enfermagem na Atenção Básica.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto é relevante, tem valor científico dentro do contexto avaliado e poderá haver retorno à comunidade.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- 1- Folha de rosto adequada,
- 2-Riscos aos participantes identificados,
- 3-Benefícios Informados
- 4-Cronograma adequado
- 5- TCLE- segue atentamente as Instruções na Resolução CNS 466/12.
- 6-Apresenta termo de responsabilidade.
- 7-Orçamento informado.

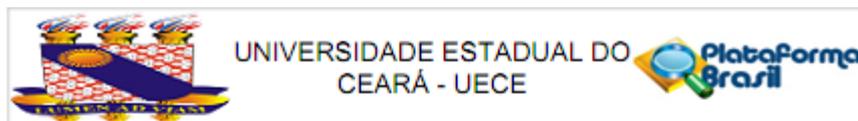
**Recomendações:**

Para quaisquer dúvidas consultar Resolução CNS 466/12.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O protocolo de pesquisa atende aos ditames da Resolução CNS 466/12, as pendências foram resolvidas. Relatório final deverá ser enviado ao final da pesquisa.

Endereço: Av. Paranjana, 1700  
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3101-9990 Fax: (85)3101-9906 E-mail: diana.pinho@uece.br



Continuação do Parecer: 501.721

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Os termos de apresentação obrigatória foram disponibilizados adequadamente.

FORTALEZA, 19 de Dezembro de 2013

---

Assinador por:

**DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO**  
(Coordenador)

Endereço: Av. Paranjana, 1700  
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3101-8990 Fax: (85)3101-8905 E-mail: diana.pinheiro@uece.br