UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO CUIDADOS CLÍNICOS EM SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM ENFERMAGEM

CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM AO IDOSO DIABÉTICO INSTITUCIONALIZADO: revelando diagnósticos

JACY AURELIA VIEIRA DE SOUSA

FORTALEZA – CEARÁ
2009

JACY AURELIA VIEIRA DE SOUSA

CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM AO IDOSO DIABÉTICO INSTITUCIONALIZADO: revelando diagnósticos

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Célia de Freitas

Fortaleza – Ceará
2009

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em saúde e Enfermagem.

Pesquisa financiada pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

A Deus, querido Pai, que me fortalece em todos os momentos, me direciona e impulsiona a sempre evoluir.

A minha querida mãe, que sempre me incentivou, enfatizando que o conhecimento é o maior bem que se pode ter.

A minha querida avó, minha segunda mãe, fonte de meu carinho pelos idosos, e que, no passado, tanto se questionou se veria minha alfabetização e acompanhou atenta minha defesa de mestrado.

AGRADECIMENTOS

A Deus, suporte e fonte eterna de fortaleza.

A minha orientadora, Profa. Dra. Maria Célia de Freitas, fonte abundante de incentivo ao meu crescimento pessoal e profissional.

As amigas integrantes da linha de pesquisa em saúde do idoso, da Universidade Estadual do Ceará, por compartilhar das alegrias e percalços que a busca pelo conhecimento científico traz.

Aos colegas do Curso de Mestrado, pelas amizades construídas.

Aos idosos residentes na Instituição de Longa Permanência, sujeitos deste estudo, pela disposição e paciência em contribuir para a pesquisa.

A todos, que direta ou indiretamente, contribuíram para o desenvolvimento deste estudo.

RESUMO

Estudo sobre o cuidado clínico aos idosos institucionalizados e portadores de Diabetes Mellitus (DM). Objetivou-se caracterizar idosos diabéticos e residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILPI), de Fortaleza-Ceará; identificar os diagnósticos de enfermagem da NANDA presentes no cuidado a essa clientela, relacionando-os a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta e propor intervenções de enfermagem aos diagnósticos considerados mais freqüentes no estudo, a partir da taxonomia NIC. Pesquisa descritivo-exploratória, desenvolvida nos meses de novembro e dezembro de 2008, com setes idosos diabéticos, residentes de uma ILPI. Utilizou-se na coleta de dados: o Mini exame do estado mental (MEEM) e a escala de avaliação das atividades básicas de vida diária (AVD). Foi também utilizado um instrumento para coleta de informações gerais sobre o idoso, bem como um guia simplificado para exame físico. Com base na proposta de raciocínio lógico de Risner, foram identificados os diagnósticos de enfermagem, que foram, posteriormente, relacionados à teoria de Wanda Horta. Foram considerados, para intervenção, os diagnósticos identificados em quatro ou mais idosos. Todos os preceitos legais foram rigorosamente considerados. Participaram do estudo quatro mulheres e três homens, com média de idade de 75,7 anos. A maioria dos idosos apresentava a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como co-morbidade; faziam, portanto, o uso de 02 (dois) a 06 (seis) medicamentos concomitantes, com predomínio de anti-hipertensivos. Apenas um idoso mantinha a capacidade de realizar todas as AVDs. Em relação ao MEEM, os escores totais variaram entre 5 (cinco) e 13 (treze) pontos. Foram identificados 21 diagnósticos de enfermagem. A necessidade básica mais afetada foi a de Cuidado Corporal. Dentre os diagnósticos, apenas 8 (oito) foram analisados: dentição prejudicada, insônia, risco de quedas, memória prejudicada, capacidade de transferência prejudicada, déficit no autocuidado para banho/higiene, déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se e déficit no autocuidado para alimentação. Foram propostas intervenções/atividades para cada diagnóstico dentro do critério de inclusão, com base na NIC. Diante dos achados, acredita-se ter contribuído para a reflexão sobre o cuidado ao idoso institucionalizado e em condição de adoecimento por diabetes; além de ter favorecido a consolidação do uso de teorias e do Processo de Enfermagem na prática cotidiana do enfermeiro, em especial, no cuidar da pessoa idosa.

Descritores: Idoso. Diabetes Mellitus. Instituição de Longa Permanência para Idosos.

ABSTRACT

Study on the clinical care for the elderly and institutionalized patients of Diabetes Mellitus (DM). Aimed to characterize elderly and diabetic living in an institution for long-stay (IFLS) of Fortaleza, Ceara, identifying the nursing diagnoses of NANDA in the care of the customers, linking them to the Theory of Basic human needs of Wanda Horta and propose interventions to the nursing diagnoses frequently considered in the study, from taxonomy of the NIC. Descriptive and exploratory research, developed between the months of November and December of 2008 with seven elderly patients, residents of a IFLS. It was used in data collection: the Mini Exame of the Mental State (MEMS) and the scale of assessment of basic activities of daily living (ADL). It was also used a tool for collecting information on the elderly, as well as a simplified guide to physical examination. Based on the Risner´s proposal for the logical, were identified the nursing diagnoses, which were later linked to the theory of Wanda Horta. Were considered for intervention the diagnoses identified in four or more elderly. All legal requirements have been rigorously considered. Study participants were four women and three men, mean age of 75.7 years. Most of the elderly had hypertension (HBP) as co-morbidity, were using 02 to 06 concomitant drugs, with predominance of anti-hypertensive. Only one subject had the ability to perform all ADLs. On the MEMS, the total scores ranged between 5 and 13 points. We identified 21 nursing diagnoses. The most affected basic need was the Body Care. Among the diagnoses, only 8 (eight) were analyzed: Dentition impaired; Insomnia; risk of falls, impaired memory, transfer capability impaired; Deficit in selfcare to bath / hygiene; Deficit in self dress and Deficit in selfcare for food. Were proposed interventions / activities for each diagnosis within the criteria for inclusion, based on the NIC. Given the findings, was believed to have contributed to the debate on care for the institutionalized elderly and diseased by diabetes, in addition to favored the consolidation of the use of theories and the nursing process in daily practice of nurses, especially in the care of elderly person.

Descriptors: Aged; Diabetes Mellitus; Homes for Aged

SUMÁRIO

RESUMO..... 05

ABSTRACT..... 06

LISTA DE ABREVIATURAS..... 09

LISTA DE TABELAS..... 10

LISTA DE QUADROS..... 11

1 INTRODUÇÃO 12

2 OBJETIVOS..... 17

3 REVISÃO DE LITERATURA..... 18

O idoso no mundo e no Brasil: crescimento e expectativas..... 18

As Instituições de Longa Permanência como alternativa de cuidado ao idoso..... 21

O cuidado clínico de enfermagem ao idoso portador de Diabetes Mellitus..... 24

O Processo de Enfermagem como subsídio para o cuidado clínico eficaz..... 28

Processo de raciocínio diagnóstico..... 33

4 REFERENCIAL TEÓRICO..... 36

5 METODOLOGIA 40

Tipo de estudo..... 40
Local da pesquisa..... 40
População e amostra..... 42
Coleta de dados..... 43
Organização e análise dos dados..... 45
Questões éticas e legais..... 46

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... 47
Caracterização dos idosos diabéticos institucionalizados..... 47
Diagnósticos de enfermagem identificados nos idosos diabéticos institucionalizados..... 57
Análise dos diagnósticos de enfermagem mais freqüentes e suas intervenções, segundo a NIC..... 66

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 86

8 REFERÊNCIAS 89

APÊNDICE..... 95

ANEXOS..... 99

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

DM – Diabetes Mellitus

GRUPESS – Grupo de Pesquisa Educação, Saúde e Sociedade

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HDL – *High Density Lipoprotein* (Lipoproteína de Alta Densidade)

IBGE – Instituto Brasileiro de Pesquisa e Estatística

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

MEEM – Mini exame do Estado Mental

MID – Membro inferior direito

MMII – Membros inferiores

NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*

NIC – *Nursing Interventions Classification* (Classificação das Intervenções de Enfermagem)

NOC – *Nursing Outcomes Classification* (Classificação dos Resultados de Enfermagem)

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

UECE – Universidade Estadual do Ceará

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição dos idosos diabéticos institucionalizados, segundo presença de co-morbidades. Fortaleza-CE, 2008.	48
TABELA 2	Distribuição dos idosos diabéticos institucionalizados, segundo as classes de medicamentos utilizadas. Fortaleza-CE, 2008.	50
TABELA 3	Distribuição de idosos diabéticos institucionalizados, segundo capacidade em realizar AVDs. Fortaleza-CE, 2008.	53
TABELA 4	Distribuição das pontuações nas funções cognitivas presentes no MEEM, segundo número de idosos. Fortaleza-CE, 2008.	55
TABELA 5	Distribuição de idosos diabéticos institucionalizados, segundo pontuação em cada função cognitiva presentes no MEEM. Fortaleza-CE, 2008.	55
TABELA 6	Fases do Raciocínio Diagnóstico, realizadas a partir dos dados coletados junto a idosos diabéticos institucionalizados. Fortaleza-CE, 2008.	58
TABELA 7	Distribuição dos diagnósticos de enfermagem segundo os idosos diabéticos institucionalizados avaliados. Fortaleza-CE, 2008.	62
TABELA 8	Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de idosos diabéticos institucionalizados, segundo categorias e subcategorias estabelecidas pelo Modelo de Wanda Horta, Fortaleza-CE, 2008.	64

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Valores de glicose plasmática (em mg/dL) para diagnóstico de diabetes mellitus e seus estágios pré-clínicos.	25
QUADRO 2	Fatores indicativos de maior risco para o desenvolvimento do Diabetes Mellitus tipo 2.	26
QUADRO 3	Classificação das necessidades humanas básicas, segundo Wanda Horta.	38
QUADRO 4	Diagnósticos de Enfermagem identificados em idosos diabéticos institucionalizados. Fortaleza, 2008.	61
QUADRO 5	Proposta de intervenções de enfermagem, segundo a NIC, ao diagnóstico de Dentição Prejudicada.	68
QUADRO 6	Proposta de intervenções de enfermagem, segundo a NIC, ao diagnóstico de Insônia.	71
QUADRO 7	Proposta de intervenções de enfermagem, segundo a NIC, ao diagnóstico de Risco de quedas.	74
QUADRO 8	Proposta de intervenções de enfermagem, segundo a NIC, ao diagnóstico de Memória prejudicada.	76
QUADRO 9	Proposta de intervenções de enfermagem, segundo a NIC, ao diagnóstico de Capacidade de transferência prejudicada.	79
QUADRO 10	Proposta de intervenções de enfermagem, segundo a NIC, ao diagnóstico de Déficit no autocuidado para banho/higiene.	81
QUADRO 11	Proposta de intervenções de enfermagem, segundo a NIC, ao diagnóstico de Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se.	82
QUADRO 12	Proposta de intervenções de enfermagem, segundo a NIC, ao diagnóstico de Déficit no autocuidado para alimentação.	84

1 INTRODUÇÃO

O interesse pela temática do cuidar em saúde do idoso surgiu já no decorrer do Curso de Graduação em Enfermagem, na Universidade Estadual do Ceará (UECE), quando a pesquisadora engajou-se em diversas atividades relacionadas a este tema. Naquele período, começou-se a participar da linha de pesquisa em Saúde do Idoso, vinculada ao Grupo de Pesquisa Educação, Saúde e Sociedade (GRUPESS), fato que possibilitou o aprofundamento de seus conhecimentos na área.

Desde aquele período, percebeu-se que o estudo da população idosa, em seus diversos contextos, ainda necessita de maior atenção por parte dos profissionais da área da saúde. Observou-se que os campos da gerontologia e da geriatria ainda se encontram pouco valorizados até mesmo na formação de profissionais, que acabam por ingressar, seja de cursos de graduação, pós-graduação ou educação permanente, com competências mínimas para atuar junto a esta clientela (MOTTA; AGUIAR, 2007).

Ainda na graduação, a pesquisadora desenvolveu diversos estudos apresentados em eventos científicos locais e nacionais, que culminaram com uma investigação sobre a adaptação de idosos em Instituições de Longa Permanência (ILPI). Fundamentado nas premissas da teorista Callista Roy, esta pesquisa serviu como base para os demais estudos da pesquisadora a cerca da institucionalização de idosos (SOUSA, 2006).

No caso específico de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência (ILPIs), os poucos estudos que versam sobre esse tema demonstram que ainda há muito para ser discutido. Consideradas como um modelo assistencial diferenciado de acolhimento de uma população idosa em condição de vulnerabilidade, as ILPIs devem buscar articular o cuidado prestado nestes ambientes ao novo paradigma de envelhecimento ativo. Neste novo paradigma, são reconhecidas as diversas questões que influenciam o envelhecimento humano e busca-se, a partir do engajamento do idoso as mesmas, melhoria da qualidade de vida e aumento da expectativa de uma vida saudável (WHO, 2005).

Já em monografia de pós-graduação, nível *lato sensu*, a pesquisadora aprofundou seus conhecimentos sobre a institucionalização de idosos, porém com o olhar voltado para o cuidado prestado nestes ambientes aos residentes. Neste estudo, buscou-se, dentre outras coisas, identificar o conhecimento dos cuidadores sobre o processo de envelhecimento e o cuidado prestado a idosos em uma ILPI. Observou-se, em geral, uma visão estigmatizada sobre a pessoa idosa, um conhecimento insatisfatório sobre o processo de envelhecer e um cuidado prestado por estes profissionais que muito ainda necessita ser melhorado (SOUSA, 2008).

A partir desta e de outras pesquisas sobre o cuidado ofertado em instituições asilares, observou-se a carência de uma sistematização desta assistência, especialmente por parte dos profissionais de enfermagem. Acredita-se que ao favorecer o desenvolvimento de um cuidar pré-estruturado, baseado no saber do enfermeiro e na realidade vivenciada pelos residentes, é possível identificar e buscar a deliberação dos problemas existentes.

Neste sentido, acredita-se que os diagnósticos de enfermagem propostos pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), já presentes na

versão da Taxonomia II, embasam a construção de um raciocínio crítico focado na identificação de problemas reais e/ou potenciais, através do estabelecimento e aplicação de intervenções e avaliação das mesmas. Em um contexto mais amplo, que engloba os diagnósticos de enfermagem identificados, tem-se o chamado Processo de Enfermagem, caracterizado por ser dinâmico, sistemático, humanizado e orientado a resultados. Objetiva-se, então, dentre outras coisas, a formação de enfermeiros críticos com habilidades de desempenhar o cuidado com maior qualidade e ética (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Na prática, percebe-se a necessidade de um referencial teórico que embase a organização no processo do cuidar em Enfermagem. Neste sentido, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, proposta por Wanda Horta, vem a facilitar a elaboração de um cuidado a idosos em ILPIs, focando na busca e/ou manutenção das necessidades dos mesmos, sejam elas psicobiológicas, psicossociais ou psicoespirituais (HORTA, 1979).

Ademais, além de favorecer o olhar do enfermeiro a esta clientela, esta teoria possui elementos que se adequam a realidade da institucionalização. Horta (1979, p.39) já informa que “em estados de equilíbrio hemodinâmico, as necessidades não se manifestam, porém estão latentes e surgem com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado”. Obviamente, a manifestação das necessidades dos idosos residentes em ILPI é peculiar a esta contextualização, fato que merece destaque e estudo mais aprofundado sobre este tema. Além disto, em situações de adoecimento humano, esta teoria colabora na organização do pensamento critico do enfermeiro, especialmente por contemplar diversos aspectos orgânicos individuais, sem esquecer fatores importantes como, por exemplo, os espirituais.

Neste contexto, optou-se pela abordagem, neste estudo, do cuidado a idosos institucionalizados portadores de Diabetes Mellitus (DM). Esta opção surgiu a partir da percepção de que, considerado como um dos grandes problemas de saúde pública, o DM, especialmente o do tipo 2, possui forte relação com a população idosa. Além disto, estes indivíduos compõem um grupo que carece de cuidados direcionados à manutenção, à prevenção e, sempre que possível, à reabilitação dos problemas que possuem ou que têm potencial para desenvolver.

Considera-se, neste estudo, a investigação sobre idosos portadores de DM tipo 2. Este tipo constitui-se como a forma mais prevalente em idosos e também uma das doenças crônicas que mais aflige esta parcela da população. Mais da metade das pessoas diabéticas é idosa; a taxa de prevalência, que para pessoas de 60 anos oscila entre 15 e 20%, aumenta em idades mais avançadas, especificamente, acima dos 75 anos (FREITAS, 2006).

Devido à condição de adoecimento crônico, os idosos diabéticos estão sujeitos a possíveis complicações micro e macrovasculares, que muito influenciam na qualidade de vida destas pessoas. Além disto, o DM é considerado, por muitos estudos, como causa importante de internações de idosos (FREITAS; 2006, ROSA, *et al,* 2007; BRASIL, 2006a).

A partir do exposto, um questionamento principal surgiu sobre a realidade de pessoas idosas diabéticas e residentes em ILPIs, como: quais são os diagnósticos de enfermagem existentes neste contexto de institucionalização e que podem nortear o cuidado destes idosos?

Assim, considera-se o presente estudo importante na medida em que se articula os conhecimentos da pesquisadora sobre idosos institucionalizados e sobre

o DM, na busca de conhecer esta clientela, identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem presentes neste contexto, embasados na Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

O estudo também foi desenvolvido sob a perspectiva da utilização desta teoria como forma de favorecimento do crescimento profissional da enfermagem; especialmente, como ciência para a viabilização da construção de um processo assistencial crítico e contemplador das necessidades pessoais envolvidas neste processo.

2 OBJETIVOS

Geral

Analisar os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes no cuidado ao idoso diabético e institucionalizado.

Específicos

Estabelecer o perfil dos idosos portadores de DM, residentes em uma ILPI pública, da cidade de Fortaleza/CE.

Identificar os diagnósticos de enfermagem presentes no cuidado ao idoso diabético e institucionalizado, tendo como base a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta.

Estabelecer intervenções de enfermagem, segundo a taxonomia da NIC, aos diagnósticos considerados mais freqüentes.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O idoso no mundo e no Brasil: crescimento e expectativas

O envelhecimento da população mundial e, especificamente, da brasileira muito tem repercutido, nas últimas décadas, como resposta a um vantajoso progresso social, cujas características ainda são pouco questionadas.

No mundo, o processo de transição demográfica e epidemiológica possui manifestações diferenciadas entre os países desenvolvidos e aqueles em desenvolvimento.

Para os países desenvolvidos, como o Canadá e aqueles situados na Europa, a situação mostra-se mais cômoda, pois este grande deslocamento demográfico ocorreu especialmente no século XIX. Assim sendo, neste caso, houve a possibilidade da constituição de uma transição mais confortável e com menores prejuízos sociais, políticos e econômicos.

Diferentemente do que ocorreu nos países desenvolvidos, este processo no Brasil, caracterizou-se por ser recente e rápido. Assim, como reflexo desta transição, ainda em 1994, com a publicação do clássico livro *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*, o professor doutor Renato Veras se questionava sobre o porquê de escrever um livro sobre pessoas idosas (VERAS, 1994). No entanto, já a partir da década de 1970 é possível notar os primeiros escritos sobre este tema em nosso país.

Apesar da melhoria das condições sanitárias e das tecnologias no campo da saúde ocorridas desde a década de 40 do século XX, que provocou uma diminuição das taxas de mortalidade; foi apenas a partir dos anos 70 que, claramente, pudemos observar o verdadeiro início da modificação etária populacional. Tal fato deveu-se a propagação de métodos anticoncepcionais orais na década de 60 e, posteriormente, pelo fortalecimento com a massificação das esterilizações femininas, na década de 80, provocando, dessa forma, uma diminuição concomitante com as taxas de natalidade no Brasil (IBGE, 2006a).

Segundo dados recentes oriundos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, a população recenseada e estimada, no Brasil e no Ceará respectivamente, compõe-se por cerca de 183.987.291 e 4.820.630 habitantes, sendo o nosso estado composto por 522.372 habitantes (10,84%) com idade igual ou maior que 60 anos (IBGE, 2007). Já o Brasil, como um todo, é formado por 19.077.000 idosos, ou seja, 10,19% do total da população residente neste país (IBGE, 2006b).

Apesar da visualização clara do perfil populacional contemporâneo, percebe-se que as projeções indicam um considerável aumento de idosos nas próximas décadas. Em relação à esperança de vida ao nascer de nossa população, haverá um salto de 73,53 anos, em 2010, para a marca de 78,33 anos, em 2030. Na região nordeste, este índice demográfico saltaria de 70,76 para 76,64 anos no mesmo período (IBGE, 2006a).

Além das mudanças demográficas citadas, devem-se destacar as significativas modificações epidemiológicas que têm ocorrido paralelamente ao processo de transição demográfica.

Anteriormente, as causas de morte eram, predominantemente, por doenças infecciosas e parasitárias. Posteriormente, houve um fenômeno de substituição destes tipos de enfermidades por aquelas consideradas crônicas e crônico-degenerativas, como as doenças cardiovasculares e as neoplasias. Este padrão de alteração das moléstias que acometem o ser humano em todo o mundo constituiu o chamado processo de transição epidemiológica, que também foi reflexo do progresso nas condições gerais de vida humana, como pelo aperfeiçoamento das tecnologias na área da saúde, alem das transformações sociais e econômicas (GARRIDO; MENEZES, 2002).

O envelhecimento populacional, decorrente dos processos de transição demográfica e epidemiológica, acabou por acarretar diversas modificações sociais e econômicas. Em países desenvolvidos, diante de um processo que se iniciou há varias décadas, as conseqüências foram mais favoráveis; pois, concomitante a este período, houve também uma melhoria na qualidade de vida da população - tanto urbana, quanto rural.

No Brasil e em outros países da América Latina, as conseqüências deste processo constituem-se como um grande desafio para a sociedade em geral. O rápido aumento da expectativa de vida não acompanhou a lenta elevação da qualidade de vida, com desequilibrada inclusão social das pessoas em geral e melhoria relativa no quadro de pobreza destes locais (GORDILHO *et al.*, 2000).

Diante das desigualdades existentes tanto no contexto geral brasileiro como um todo, bem como, especificamente, no próprio processo de envelhecimento populacional neste país, pode-se encontrar o idoso inserido em diversos contextos e apoiado em diversos modelos assistenciais, sendo considerada a ILPI uma das

vertentes que merece atenção diferenciada por parte dos profissionais da área da saúde.

Estes locais, de caráter residencial, são habitados por idosos que ali permanecem coletivamente, na maioria das vezes, até a morte. Refletir sobre o cuidado prestado pelos profissionais que atuam nestes locais, possibilita a composição de ações efetivas para a prevenção e minimização das conseqüências de agravos a saúde dos residentes, além de favorecer a melhoria da qualidade da atenção ofertada aos idosos.

As Instituições de Longa Permanência como alternativa de cuidado ao idoso

Ao se escutar sobre as Instituições de Longa Permanência, logo se faz relação com a imagem de asilos, locais fétidos, escuros, que abrigam pessoas desligadas do mundo e que estão naquele local à espera somente da morte (BORN; BOECHAT, 2006). Compreender um pouco sobre a natureza das ILPIs possibilita o entendimento do porquê de tais relações.

Os asilos, hoje denominados ILPIs, foram desenvolvidos, em geral, com a finalidade de abrigar idosos pobres, sem família e em estado de mendicância. Antes da construção de instituições destinadas exclusivamente a idosos, pessoas com mais de 60 anos eram agrupadas em abrigos, juntamente com mendigos, doentes mentais, crianças abandonadas, dentre outros (BORN; BOECHAT, 2006).

Muitas transformações ocorreram em virtude da maior visibilidade tomada pela questão do envelhecimento. Influenciada, especialmente, pelo estabelecimento de uma legislação especifica para a população idosa, um novo paradigma para o

cuidado de idosos conflui para um atendimento que promova o exercício dos direitos humanos e preserve a identidade, a autonomia e a dignidade destas pessoas.

Conforme Resolução da Diretoria Colegiada – RDC, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, nº. 283, de 26 de setembro de 2005 (BRASIL, 2005), as ILPIs são consideradas como

> instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicilio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania.

Quanto à especialização de atendimento ofertado, pode-se ainda classificar, conforme Diogo (2006, p.1385), estas entidades em:

> Modalidade I – destinada a idosos independentes para as atividades de vida diária (AVDs), mesmo que necessitem utilizar algum equipamento de auto-ajuda (...)
>
> Modalidade II – destinada a idosos dependentes e independentes que necessitem de ajuda e cuidados especializados (...)
>
> Modalidade III – destinada a idosos dependentes que necessitam de assistência total em pelo menos uma atividade da vida diária.

Não há dados seguros de quantas ILPIs estão em funcionamento em todo o Brasil. Sabe-se, no entanto, que com o crescimento do número de idosos no Brasil, tem-se uma demanda cada vez maior de serviços de saúde e de assistência para essa parcela da população. A família, que é considerada como suporte básico para o indivíduo, tem, algumas vezes, excluído-se da atenção aos seus integrantes familiares idosos. Além disso, a falta de uma rede de apoio eficiente para o cuidado destas pessoas tem favorecido ao aumento das ILPIs em todo o Brasil.

As ILPIs são regulamentadas inicialmente pelo Estatuto do Idoso (lei nº. 10.741/03) e pela RDC nº. 283/04, da ANVISA.

No Título IV (Da Política de Atendimento ao Idoso), o Estatuto do Idoso informa, de uma maneira breve, sobre as entidades de atendimento ao idoso, que englobam aquelas que desenvolvem programas de institucionalização de longa permanência. No capitulo II (Das Entidades de Atendimento ao Idoso), observa-se que as ILPIS devem adotar alguns princípios (BRASIL, 2004):

> I – preservação dos vínculos familiares;
>
> II – atendimento personalizado e em pequenos grupos;
>
> III – manutenção do idoso na mesma instituição, salvo em caso de forca maior;
>
> IV – participação do idoso nas atividades comunitárias, de caráter interno e externo;
>
> V – observância dos direitos e garantias dos idosos;
>
> VI – preservação da identidade do idoso e oferecimento de respeito e dignidade.

Em relação à RDC 283, há todas as informações sobre as condições gerais das ILPIs (organização, recursos humanos e infra-estrutura física), processos operacionais (gerais, saúde, alimentação, lavagem, processamento, guarda-roupa e limpeza), notificação compulsória, monitoramento e avaliação do funcionamento das instituições.

Idosos em condições diversas de saúde são atendidos nestas entidades. No caso especifico de residentes portadores de Diabetes Mellitus, o cuidado ofertado deve, evidentemente, ser pautado na avaliação contínua do idoso com prevenção e manejo das complicações agudas e crônicas. Além disto, torna-se importante sistematizar a atenção ofertada a esta clientela, buscando assim o resgate de todos os dados do paciente, bem como uma maior resolutividade dos problemas e riscos identificados. Reconhecer a condição de saúde destes idosos garante aos

profissionais das ILPIs direcionar a assistência para as necessidades dos residentes, favorecendo uma evolução favorável da saúde dos mesmos.

O cuidado clínico de enfermagem ao idoso portador de Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus é considerado como um conjunto de diferentes distúrbios metabólicos que possuem como característica comum a hiperglicemia, ou seja, os elevados níveis de açúcar no sangue, resultado de defeito na secreção de insulina e/ou defeito na ação da mesma (SBD, 2007).

Considerado como uma epidemia mundial, o DM possui incidência crescente, com estimativa de alcance da cifra de 5,4% da população em todo mundo em 2025. Preferencialmente, atingirá países em desenvolvimento, com concentração em faixas etárias mais elevadas, como dos 45 aos 64 anos. No Brasil, percebe-se um aumento evidente da ocorrência de casos de diabetes com o avançar da idade, fato que direciona a atenção das pesquisas a população mais idosa (BRASIL, 2006a).

A classificação atual do DM remete a quatro tipos clínicos, sendo eles: DM tipo 1, DM tipo 2, DM gestacional e outros tipos de DM. Além desta classificação, ainda é importante estar atento à existência de duas categorias importantes, referidas como pré-diabetes, que são: *glicemia de jejum alterada* e *tolerância à glicose diminuída*. Ambas são consideradas fatores de risco para o estabelecimento do DM e de doenças cardiovasculares (SBD, 2007).

No presente estudo, o DM tipo 2 foi escolhido a partir da relação significativa do mesmo com o fator idade.

Especificamente, o DM tipo 2 constitui-se como entidade importante para pesquisas científicas a medida que compõe cerca 90 a 95% dos casos totais de Diabetes. Caracteriza-se pelo déficit na secreção e ação insulínica, podendo haver predomínio de uma das duas características. Segundo a orientação da Sociedade Brasileira de Diabetes, os valores para diagnóstico do DM e seus estados pré-clínicos podem ser classificados conforme indica o Quadro 1.

QUADRO 01 – Valores de glicose plasmática (em mg/dL) para diagnóstico de diabetes mellitus e seus estágios pré-clínicos.

Categoria	**Jejum***	**2h após 75g de glicose**	**Casual****
Glicemia normal	<100	<140	
Tolerância à glicose diminuída	> 100 e < 126	≥ 140 e < 200	
Diabetes Mellitus	≥ 126	≥ 200	≥ 200 (com sintomas clássicos)***

Fonte: SBD (2007, p.14)

* O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por no mínimo 8 horas; **glicemia plasmática casual é aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição; ***os sintomas clássicos de DM incluem polaciúria, polidipsia e perda não-explicada do peso.

Segundo Brasil (2006a, p.14), “cerca de 50% da população com diabetes não sabe que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticados até que se manifestem sinais de complicações”. Nestes casos, ações de rastreamento realizadas junto aos indivíduos com fatores de risco para o desenvolvimento do DM são extremamente importantes na detecção precoce da doença, além da prevenção do aparecimento de complicações agudas ou crônicas. Neste sentido, alguns fatores de risco são considerado importantes, como os expostos no Quadro 2.

QUADRO 2 – Fatores indicativos de maior risco para o desenvolvimento do Diabetes Mellitus tipo 2.

Idade > 45 anos.
Sobrepeso (IMC>25).
Obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas).
Antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes.
Hipertensão arterial (>140/90 mmHg).
Colesterol HDL de 35 mg/dL e/ou triglicerídeos de 150 mg/dL.
Historia de macrossomia ou diabetes gestacional.
Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos.
Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

Fonte: BRASIL (2006a, p.14)

Além dos fatores de risco, a sintomatologia do DM, quando existente, também pode favorecer a detecção dos casos. São considerados como os sintomas clássicos de diabetes, segundo Brasil (2006a, p.15), a “poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os 4 ‘Ps’). Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição”. Infelizmente, o que se observa é que grande parte dos casos de DM é assintomática, fato que dificulta o diagnóstico desta doença.

A maioria das discussões sobre a influência do DM perpassa, entretanto, as conseqüências provocadas pelo mesmo, a médio e longo prazo. Responsável por significativas manifestações agudas (como hipoglicemias) e crônicas (como complicações micro e macrovasculares), o DM tornou-se uma das doenças que mais causa impacto econômico em nossa sociedade.

Além do impacto econômico, o aspecto crônico desta doença favorece o surgimento de complicações importantes que muito influenciam no declínio da capacidade funcional individual. Neste sentido, pode-se citar como exemplos de complicações macrovasculares, a doença vascular periférica, doença arterial coronariana e doença cerebrovascular; enquanto, como complicações microvasculares, têm-se as retinopatias, nefropatias e neuropatias (SBD, 2007).

Neste sentido, o conceito de capacidade funcional refere-se à capacidade de se manter habilmente capaz, física e mentalmente, no desenvolvimento de uma vida independente e autônoma (GORDILHO *et al*, 2000). As doenças crônicas têm forte associação com o declínio da capacidade funcional do idoso. No caso da população idosa, a manutenção desta capacidade é considerada um dos pontos importantes para uma vida independente e com melhor qualidade de vida. Ser capaz de realizar atividades no cotidiano, das mais simples as mais complexas, certamente possibilita ao idoso um processo de envelhecimento mais digno (ALVES *et al*, 2007).

No caso do cuidado clínico a idosos já diagnosticados, deve haver um controle glicêmico rigoroso e prevenção das complicações crônicas. No primeiro, estão inclusos as mudanças do estilo de vida e tratamento medicamentoso. No segundo, estão incluídas intervenções preventivas metabólicas e cardiovasculares, bem como detecção e tratamento das complicações crônicas do DM (BRASIL, 2006a).

As intervenções no estilo de vida incluem o aconselhamento nutricional, orientação sobre atividade física e, no caso específico dos idosos, um programa de educação para pacientes e cuidadores. Sabe-se, no entanto, das dificuldades sobre a mudança nos hábitos pessoais, porém um atendimento individualizado e focado

nas condições cognitivas e funcionais do idoso pode facilitar este processo (FREITAS, 2006).

No caso do tratamento medicamentoso, a abordagem inclui a utilização de hipoglicemiantes orais e das insulinas. No caso da atenção a população idosa, é importante estar atento, além de outras coisas, às características próprias desta faixa etária, com atenção a presença de comorbidades e da polifarmácia (FREITAS, 2006).

O Processo de Enfermagem como subsídio para o cuidado clínico eficaz

Na Enfermagem contemporânea, o conhecimento técnico tem, cada vez mais, sido enfatizado como arma importante na prestação de um cuidado eficaz. Em relação a isto, a construção de um corpo de conhecimentos e procedimentos organizados possibilita o desenvolvimento da enfermagem como ciência, enquanto que, ao mesmo tempo, fornece maior qualidade e segurança a atenção prestada pelos profissionais desta área.

Neste contexto, a chamada Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) surge como a possibilidade única de garantir a autonomia profissional do enfermeiro, especialmente por constituir-se como a essência da sua prática profissional (ANDRADE, 2007). Este processo sistematizado e dinâmico de prestar cuidado na enfermagem, segundo Alfaro-Lefevre (2005, p.29), “(...) promove cuidado humanizado, dirigido a resultados (orientado a resultados) e de baixo custo”.

Desde o ano de 1986, a assistência de enfermagem é considerada como parte importante das funções cabíveis exclusivamente ao enfermeiro, sendo imposta

legalmente na Lei do Exercício Profissional - Lei nº. 7.498, art. 11, que informa: "O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe privativamente: (...) c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem (...)" (BRASIL, 1986).

Já em 2002, com a Resolução nº. 272/02, o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN vem ratificar a importância da SAE no cotidiano do enfermeiro. No art. 1º, ela informa que: "Ao Enfermeiro, incumbe-se privativamente: a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem (...)". Já no art. 2º, alerta que "a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada" (COFEN, 2002).

Apesar de uma legislação clara sobre este tema, percebe-se que a SAE não se universalizou e ainda há uma desarticulação no saber, fazer e legislar, apoiada no distanciamento visível entre teoria e prática (KOERICH *et al*, 2007). É necessário esclarecer e sensibilizar os profissionais de enfermagem para a utilização deste processo, ampliando seu saber e seu saber-fazer, no comprometimento a melhoria da assistência em saúde.

Como processo sistematizado, a SAE é composta por fases que potencializam o cuidado e melhor direcionam as atividades aos objetivos estabelecidos. Segundo a teorista de Enfermagem Wanda Horta (1979), são eles:

1) Histórico de Enfermagem: consiste na coleta e agrupamento de informações sobre a condição de saúde de uma clientela, família ou comunidade, na busca de anormalidades ou fatores de risco que possam afetar a saúde dos mesmos.

2) Diagnóstico de Enfermagem: fase de criteriosa de análise e identificação das necessidades humanas, com foco a natureza e extensão do atendimento.

3) Plano Assistencial: determinação da assistência de enfermagem que o cliente deverá receber no tratamento, que irá desde orientações até execuções de cuidados.

4) Plano de Cuidados (Prescrição de Enfermagem): implementação da fase anterior (plano assistencial).

5) Evolução de Enfermagem: relato contínuo (diário ou aprazado) das modificações do ser humano, mediante os cuidados recebidos pela assistência dos profissionais.

6) Prognóstico de Enfermagem: estimativa do cliente em suprir as necessidades identificadas no início do processo, após a execução do plano assistencial, a partir da visualização das evoluções de enfermagem.

A fim de facilitar a utilização deste processo e universalizá-lo, utilizam-se sistemas de classificação de diagnósticos, intervenções e resultados esperados.

Na segunda fase da SAE, ou seja, no diagnóstico, a utilização de uma linguagem organizada e padronizada sobre os problemas reais ou de risco agiliza a atuação do enfermeiro e favorece a relação entre o oral e o escrito nesta profissão.

Para North American Nursing Diagnosis Association - NANDA (2008, p.358), o uso de diagnósticos de enfermagem ajuda a “melhorar o controle clínico e o gerenciamento de riscos e demonstram com clareza um compromisso para unir a teoria, a educação e a pratica clínica da enfermagem”. Neste sentido, Cruz (2008, p.34) relaciona os diagnósticos à “decisão sobre quais as necessidades de atendimento da pessoa sob cuidados de enfermagem”.

A organização atual dos diagnósticos de enfermagem, na estrutura da Taxonomia II, foi proposta, inicialmente, a partir da necessidade de categorizar e inserir alguns diagnósticos recém-aprovados na antiga Taxonomia I, após a Conferência Bienal de abril de 1994. Depois de várias modificações, finalmente, a Taxonomia II surgiu como possibilidade de flexibilizar o trabalho de enfermagem e evitar maiores erros de classificação no mesmo (NANDA, 2008).

Com a publicação desta nova Taxonomia, mais três novas edições da NANDA surgiram, sendo que, em cada uma delas, houve o acréscimo e a revisão de novos diagnósticos. Na ultima edição 2007-2008, houve uma maior quantidade de revisões e acréscimos à NANDA Internacional. Foram acrescidos 15 novos diagnósticos e 26 foram revisados. Assim, houve um salto quantitativo de 172 para 187 diagnósticos nesta nova edição (NANDA, 2008).

Além dos diagnósticos, a Taxonomia II compreende mais dois níveis: 13 domínios e 47 classes. Os treze domínios são: promoção de saúde, nutrição, eliminação/troca, atividade/repouso, percepção/cognição, auto-percepção, relacionamentos de papel, sexualidade, enfrentamento/tolerância ao estresse, princípios de vida, segurança/proteção, conforto e crescimento/desenvolvimento. Além disto, organiza-se também em sete eixos, que flexibilizam o uso dos diagnósticos e são vistos como dimensões de resposta humana. São eles: conceito diagnóstico, sujeito do diagnóstico, julgamento, localização, idade, tempo e situação do diagnóstico (NANDA, 2008).

Agregados a NANDA, têm-se os sistemas NIC e NOC que propõem, respectivamente, as intervenções de cuidado definidas a partir dos diagnósticos e a avaliação da eficácia das mesmas. Estes três sistemas relacionam-se, assim, profundamente, com a autonomia do enfermeiro, à medida que melhor fornecem

subsídios para o cuidado, além de maior reconhecimento e padronização das ações de enfermagem (BARROS; CHIESA, 2007).

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) surgiu a partir dos esforços de pesquisadoras da Universidade de Iowa, em 1987. Desde aquele ano, a NIC muito se desenvolveu, como com a construção desta classificação e sua Taxonomia, bem como com fatos importantes como a ligação com os outros sistemas padronizados, NANDA e NOC, formando a chamada Aliança NNN, ou Aliança 3N. Atualmente, encontra-se com um total de 514 intervenções, sendo destas 29 novas e 94 revisadas. A taxonomia inclui 07(sete) domínios e 30(trinta) classes. Os domínios são: fisiológico (básico), fisiológico (complexo), comportamental, segurança, família, sistema de saúde e comunidade (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008).

Em investigação realizada por Napoleão *et al.* (2006, p.610-11), verificou-se que as pesquisas sobre a NIC têm-se voltado para a aplicabilidade desta; especialmente no campo assistencial, fato que demonstra o interesse crescente por esta taxonomia. Além disto, muito se discute sobre a utilização da NIC em sistemas informatizados, bem como comparam as linguagens presentes nos mesmos.

Já a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) foi desenvolvida com a finalidade de agrupar os resultados esperados para cada diagnóstico identificado. O uso destes resultados viabiliza um processo de avaliação dos cuidados ofertados aos clientes.

Para cada resultado presente na NOC, tem-se a definição, lista de indicadores para avaliar as respostas do cliente em relação aos resultados esperados. Tem-se uma escala de 05(cinco) pontos para aferir o estado do cliente e

uma bibliografia referente ao conteúdo do resultado (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2008).

Os benefícios do uso de uma linguagem padronizada encontram-se descritos em diversos estudos (KOERICH *et al*, 2007; ANDRADE, 2007; BARROS; CHIESA, 2007; NASCIMENTO *et al.,* 2008). No presente estudo, as três taxonomias (NANDA, NIC e NOC) foram enfocadas, com a finalidade de elucidar o cuidado fornecido a idosos diabéticos e institucionalizados. Para tanto, um dos pontos importantes no processo de identificação dos diagnósticos foi o Raciocínio Diagnóstico proposto por Risner (1990), que será exposto a seguir.

Processo de Raciocínio Diagnóstico

O processo de identificação de problemas de saúde reais ou potenciais constitui-se como passo importante para a tomada de decisão do enfermeiro diante das complexidades clínicas do cotidiano. Realizado a partir de um julgamento crítico de uma determinada realidade, tal processo necessita de conhecimento e habilidade para ser realizado.

O chamado Raciocínio Diagnóstico é compreendido como um processo cognitivo, inerente à enfermagem, útil no direcionamento das decisões sobre quais situações necessitam de intervenção profissional, quais seriam tais intervenções e quais resultados foram obtidos a partir das mesmas (CÔRREA, 2003).

Na aplicação deste pensamento crítico, é necessária, além da intuição do enfermeiro, a busca por evidências que fundamentem a identificação precisa do diagnóstico de enfermagem (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Neste sentido, Risner (1990) propôs um método de condução do raciocínio diagnóstico, composto basicamente por duas etapas: análise e síntese dos dados que forem coletados e estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem.

Para este autor, a primeira fase envolve a categorização e identificação das lacunas e incongruências.

A categorização e o agrupamento de dados em padrões são passos importantes na tomada de decisão do enfermeiro. Já neste momento torna-se necessária a utilização de um modelo conceitual ou teoria que facilite a organização lógica e sistemática do material coletado.

A segunda fase do método proposto por Risner (1990) é caracterizada pelo estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem em si. Nesta etapa, é realizado o agrupamento de dados relacionados em padrões; comparação dos dados com conceitos, modelos, teorias, dentre outros; levantamento de hipóteses (inferência diagnóstica) e proposição de causas relacionadas às inferências. Por fim, devem ser definidos os diagnósticos que melhor explicitem a condição de saúde do cliente.

Na identificação das lacunas e incongruências, o enfermeiro deve fazer uso do conhecimento e experiência pessoal, na busca de dados esquecidos ou dados conflitantes. Essas lacunas e incongruências devem ser esclarecidas antes da definição dos diagnósticos.

Para a comparação dos dados coletados é realizada uma relação dos mesmos com, por exemplo, padrões de normalidade e expectativas do próprio cliente.

O levantamento de hipóteses, ou inferências diagnósticas, constitui-se como a própria fase do julgamento clínico. Neste momento, são feitas inferências com base

no conhecimento científico do enfermeiro, que podem ser: não há alteração, há alteração atual, há potencial para alteração, há alteração possível (porém há necessidade de mais dados ou confirmação de dados existentes) e há potencialidades (habilidades do cliente a serem desenvolvidas).

Na proposição de causas relacionadas com as inferências são identificados fatores que influenciaram nas inferências identificadas.

Conforme a Taxonomia II da NANDA, cada diagnóstico deve ser composto por fatores relacionados e características definidoras. Aqueles são considerados como características que mostram algum tipo de relação com o próprio diagnóstico, enquanto que estas são vistas como inferências de uma doença real ou de um estado de bem-estar real (NANDA, 2008).

A formulação dos diagnósticos de enfermagem, a partir do raciocínio diagnóstico, fundamenta o desenvolvimento da SAE, pela possibilidade de estabelecer as intervenções e os objetivos necessários para este processo.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta

O pensamento crítico e criativo na enfermagem, que responde aos problemas clínicos de diversos níveis de complexidade, constitui-se como um dos patamares para o exercício da enfermagem, nos dias de hoje.

Além das habilidades técnicas, o enfermeiro deve desenvolver, aperfeiçoar e fazer uso da habilidade de pensar criticamente, com base nos princípios do processo de enfermagem e do método científico (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Neste contexto, as teorias, de um modo geral, são de grande importância, pois "consistem de conceitos e de um conjunto de proposições que forma um sistema dedutivo logicamente interrelacionado" (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p.145). Especificamente, as teorias de enfermagem viabilizam uma visão de mundo mais crítica, sistemática e humanizada, sendo compostas por conceitos que buscam "descrever fenômenos, correlacionar fatores, explicar situações, prever acontecimentos e controlar os resultados obtidos a partir das ações de enfermagem" (TANNURE; GONÇALVES, 2008b, p.10).

No Brasil, o desenvolvimento das teorias de enfermagem sofreu profunda influência pelos pensamentos de Wanda de Aguiar Horta. Com a publicação, em 1979, do livro sobre o Processo de Enfermagem, com enfoque na Teoria das

Necessidades Humanas Básicas, Horta operacionalizou a SAE e iniciou a difusão das teorias de enfermagem (NEVES, 2006).

A enfermeira Wanda de Aguiar Horta nasceu em 1926, no Pará e graduou-se pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em 1948. No ano de 1959, na USP, começa a desenvolver o núcleo central de seu trabalho, que iria culminar com a elaboração da Teoria das Necessidades Humanas Básicas e publicação, em 1979, de sua obra tão conhecida “Processo de Enfermagem”.

Neste livro, Horta (1979, p.29) conceitua a enfermagem como

> a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

Dessa forma, o enfermeiro tem sua atuação voltada para três áreas básicas: específica (no atendimento das necessidades básicas e de autocuidado do ser humano), social (com enfoque na pesquisa, ensino, administração, dentre outros) e interdependente (na manutenção, promoção e recuperação da saúde) (HORTA, 1979).

Assim, há uma interrelação entre os conceitos de enfermagem e ser humano, posto que o segundo envolve o ser que vivencia estados de equilíbrio e desequilíbrio, sendo que estes são evidenciadores das necessidades humanas.

Assim sendo, o modelo de Wanda Horta foi baseado na Teoria da Motivação Humana, de Maslow, que se fundamenta nas necessidades humanas básicas. Assim, a teorista conceitua estas necessidades como “estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais” (HORTA, 1979, p.39).

Baseada também nas denominações de João Mohana, Horta classifica as necessidades em três níveis: psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual. Tais necessidades são mais explicitadas no Quadro 3.

QUADRO 3 – Classificação das necessidades humanas básicas, segundo Wanda Horta.

Necessidade Psicobiológica	**Necessidade Psicossocial**	**Necessidade Psicoespiritual**
Oxigenação	Segurança	Religiosa ou teológica
Hidratação	Amor	Ética ou de filosofia de vida
Nutrição	Liberdade	
Eliminação	Comunicação	
Sono e repouso	Criatividade	
Exercício e atividades físicas	Aprendizagem (educação a saúde)	
Sexualidade	Gregária	
Abrigo	Recreação	
Mecânica corporal	Lazer	
Motilidade	Espaço	
Cuidado corporal	Orientação no tempo e espaço	
Integridade cutâneo-mucosa	Aceitação	
Integridade física	Auto-realização	
Regulação (térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular)	Auto-estima	
Locomoção	Atenção	
Percepção (olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa)		
Ambiente		
Terapêutica		

Fonte: HORTA (1979, p.40)

Os problemas de enfermagem, neste contexto, são manifestações das necessidades e, assim sendo, o levantamento das mesmas constitui um dos pontos

fundamentais na primeira fase do processo de enfermagem proposto por Horta, com o titulo de histórico de enfermagem. As demais fases são: diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados (ou prescrição de enfermagem), evolução e prognóstico (HORTA, 1979).

Em estudo realizado por Cunha e Barros (2005), sobre a implementação da SAE em um hospital privado de São Paulo, observou-se que, apesar do Modelo de Horta ser um dos mais conhecidos e seguidos no Brasil, sua utilização, muitas vezes, aparece descaracterizada. Acredita-se que as fases do processo de enfermagem devem ser seguidas, de modo a promover a autonomia das ações do cuidado em enfermagem, porém, infelizmente, no estudo percebe-se que tal orientação, freqüentemente, não é atendida. Torna-se, então, necessário o estímulo a produções científicas que fomentem a utilização desta teoria, agregando-a também a prática dos profissionais de enfermagem.

5 METODOLOGIA

Tipo de estudo

A fim de alcançar os objetivos propostos, optou-se pelo desenvolvimento de uma pesquisa descritivo-exploratória. Segundo Marconi; Lakatos (2007, p.190), os estudos exploratórios ajudam a "desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para a realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos". Também como estudo descritivo, buscou observar, descrever e documentar uma determinada situação, coletando assim uma grande quantidade de informações sobre um problema específico (POLIT, BECK, HUNGLER; 2004).

A escolha deste tipo de estudo deveu-se a necessidade de elucidar melhor as condições de saúde de idosos diabéticos institucionalizados, com enfoque no processo de enfermagem, relacionando-o com o referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas, proposto por Wanda Horta.

Local da pesquisa

O estudo foi realizado na única Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) pública do município de Fortaleza/CE.

A referida instituição teve origem em 1936 e, inicialmente, tinha como proposta acolher pessoas que iriam trabalhar na extração da borracha. Em outubro

de 1972, vinculou-se ao Serviço de Proteção ao Mendigo e também à Secretaria de Cultura. A partir de 1972, mudou sua finalidade e passou a prestar assistência asilar, temporária ou permanente, a idosos carentes, deficientes visuais, físicos e mentais (BARBOSA, 2003).

No período da coleta de dados, esta ILPI proporcionava atendimento, em regime de abrigo permanente ou provisório, a 94 idosos vítimas de abandono e maus-tratos. Para tal, possui vínculo com a Secretaria da Ação Social (SAS) e, conseqüentemente, com o Governo do Estado do Ceará.

No quadro de recursos humanos, esta instituição era composta por uma equipe multidisciplinar de enfermeiros, assistentes sociais, médicos, pedagogas, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Além destes, havia ainda a presença de profissionais de outros níveis, como técnicos de enfermagem, cuidadores de idosos, motoristas, dentre outros.

A equipe de enfermagem é composta por 04(quatro) enfermeiras e 10(dez) técnicos de enfermagem, distribuídos por escalas, que cuidam dos residentes. Como suporte, a equipe recebe ajuda de 12(doze) cuidadores, responsáveis pelos cuidados básicos dos idosos (como auxílio no banho e alimentação) e lotados para o atendimento de todos os residentes.

Conforme o observado previamente pela pesquisadora, os profissionais da equipe de enfermagem não utilizam a sistematização da assistência de enfermagem como estratégia de cuidado. As atividades realizadas junto aos residentes são desenvolvidas a partir das necessidades observadas no cotidiano e, posteriormente, registradas em livro apropriado e/ou prontuário de cada interno.

Diante de tal fato, percebeu-se a importância da identificação dos problemas reais e potencias presentes nos idosos, a fim de possibilitar o desenvolvimento de um plano de cuidados sistematizado, focado na atenção eficiente e individualizada dos residentes.

População e amostra

A população residente na ILPI é de 94 idosos, sendo que, tão-somente, serão incluídos na pesquisa idosos portadores de Diabetes Mellitus.

De acordo com Marconi e Lakatos (2007, p.225), considera-se população o "conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum".

Neste estudo, a população foi composta por todos os idosos diagnosticados com Diabetes Mellitus tipo 2. Com base no que relata o artigo 1º do Estatuto do Idoso, considera-se idoso qualquer indivíduo que possua idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2004).

Para seleção da amostra, foram utilizados como critérios de elegibilidade os seguintes aspectos:

ser idoso, independente do sexo;

estar orientado e com capacidade de verbalização;

residir na ILPI há, pelo menos, há 6 meses e

possuir o diagnóstico médico de Diabetes Mellitus.

Inicialmente, atenderam a estes critérios, 09(nove) residentes. No entanto, durante o período de coleta de dados, um deles faleceu e um recusou-se a responder aos questionamentos da pesquisadora. Assim sendo, sete idosos constituíram a amostra desta pesquisa.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses de novembro e dezembro de 2008.

Durante esta etapa, inicialmente, foi utilizado um instrumento que forneceu informações importantes sobre o estado de saúde geral de cada idoso. Basicamente, constituiu-se da identificação de cada residente e também de outras informações importantes como: medidas antropométricas, escolaridade, histórico de glicemias e doenças, presença e histórico de infecções e medicamentos utilizados (Apêndice B).

As fontes de dados para este instrumento foram compostas dos prontuários dos idosos, livro de registros de enfermagem e registro das medicações administradas aos residentes. Como visto, os dados apresentavam-se dispersos e, muitas vezes, insuficientes, mostrando-se, assim, uma das dificuldades do estudo. Tal fato deve ser resultado, em especial, da ausência de uma sistematização do cuidado ofertado pelos profissionais da ILPI.

A fim de complementar as questões deste formulário, utilizou-se um guia simplificado para realização de exame físico em idosos, para obter outras informações sobre o quadro clínico dos residentes naquele momento (Apêndice II).

O guia de exame físico foi estruturado com base na classificação de necessidades psicobiológicas e psicossociais presentes na Teoria de Enfermagem de Wanda Horta. Para a teorista; estes conceitos estão inter-relacionados e assim devem ser analisados a fim de que se considere o conceito holístico do homem (HORTA, 1979).

Além disto, foram utilizadas duas escalas importantes para avaliação da capacidade cognitiva e funcional destes idosos: o Mini Exame do Estado Mental – MEEM e a escala das AVDs.

O MEEM (anexo I) é considerado o instrumento mais utilizado na abordagem cognitiva ao idoso, sendo de rápida e fácil utilização. Aborda 07(sete) domínios importantes da cognição: orientação temporal, orientação espacial, memória de fixação, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem e praxia construtiva (FREITAS; MIRANDA, 2006).

A escala das AVDs, também chamada de Escala de Katz (anexo II), avalia a capacidade de realizar algumas ações fundamentais para a manutenção da independência em relação o autocuidado: banhar-se, vestir-se, transferir-se, ter continência, alimentar-se e realizar higiene pessoal. É considerada como instrumento importante na chamada avaliação funcional (FREITAS; MIRANDA, 2006).

Tanto a avaliação cognitiva quanto a funcional são pontos importantes na avaliação da pessoa idosa, pois se considera que a manutenção destas capacidades favorece a autonomia e independência destes indivíduos, refletindo diretamente no aumento da expectativa de vida, bem como na qualidade da mesma.

A partir dos dados obtidos com a utilização desses instrumentos, e com base no processo de raciocínio diagnóstico proposto por Risner (1990), foram identificados os diagnósticos de enfermagem presentes nos idosos diabéticos institucionalizados. Para tanto, foi tomado por base a Taxonomia II, da NANDA, que favorece, com o auxílio de uma linguagem clínica, a coleta padronizada dos dados necessitados.

Posteriormente, optou-se por selecionar apenas os diagnósticos (reais e de risco) identificados em 04(quatro) ou mais idosos, por acreditar que estes são mais relevantes ao estudo. Estes, a partir deste processo, foram submetidos à análise descritiva, na qual foram estabelecidos as características definidoras e fatores relacionados ao problema identificado.

Também foram definidas as principais intervenções de enfermagem e atividades necessárias para a resolução dos problemas identificados, com base na Taxonomia NIC. As intervenções e as atividades a serem realizadas junto aos idosos foram selecionadas a partir da adequação das mesmas ao contexto da institucionalização. Todos os dados foram analisados com base em literatura cientifica pertinente.

Organização e análise dos dados

Inicialmente, os dados referentes à identificação e ao histórico dos idosos estudados foram organizados e analisados, descritivamente e de modo interpretativo. Cada idoso foi descrito com uma numeração precedida pela letra i (i^1, i^2, i^3... i^7).

Os diagnósticos de enfermagem observados foram compilados no programa Excel 2007. Os resultados deste processo foram demonstrados por meio de tabelas e quadros, bem como também as intervenções de enfermagem selecionadas no estudo.

Questões éticas e legais

Este estudo, antes do início da coleta de dados e conforme a Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual do Ceará e foi aprovado segundo o protocolo de nº. 08386825-9, de 23 de setembro de 2008.

Também antes da coleta de informações, cada idoso foi orientado sobre a necessidade de ler e, posteriormente, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Este termo contém os objetivos do estudo, a garantia do sigilo da identidade e das informações obtidas para a pesquisa e a orientação sobre possível retirada do consentimento a qualquer momento que o sujeito do estudo achasse devido.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos resultados será apresentada na seqüência a seguir: 1) caracterização dos idosos diabéticos institucionalizados, conforme idade, doenças concomitantes ao diabetes, glicemias, medicamentos utilizados e pontuações das escalas utilizadas; 2) diagnósticos de enfermagem identificados, a partir do raciocínio diagnóstico proposto por Risner e também com base no Modelo das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta; 3) análise descritiva dos diagnósticos considerados mais freqüentes, bem como das intervenções de enfermagem para a resolução destes problemas.

Caracterização dos idosos diabéticos institucionalizados

A ILPI abrigava setes idosos portadores de DM, sendo quatro do sexo feminino e três, do masculino. As idades variaram dos 61 aos 89 anos, com média de 75,7 anos.

Em estudo desenvolvido por Goldenberg, Schenkman e Franco (2003), já se observava um desaparecimento na diferenciação da prevalência de DM em relação ao gênero. Neste estudo, a busca ativa favoreceu a descoberta de novos casos, especialmente, entre os homens. Este fato praticamente igualou a prevalência com o sexo feminino, que, em sua maioria, era mais pré-diagnosticadas. Infelizmente, no presente estudo, não há possibilidade de referir-se tais condições de igualdade, posto que a amostra era pequena.

TABELA 1 - Distribuição dos idosos diabéticos institucionalizados, segundo presença de co-morbidades. Fortaleza-CE, 2008

Doenças concomitantes ao DM tipo 2	**Casos**							**Total**
	i[1]	**i[2]**	**i[3]**	**i[4]**	**i[5]**	**i[6]**	**i[7]**	**n**
HAS	x		x		x	x		04
AVC (seqüelas)	x					x		02
Hipertrofia prostática		x						01
Esteatose Hepática		x						01
Total	02	02	01	-	01	02	-	

Em relação à presença de doenças concomitantes ao DM, observou-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) compõe a entidade que mais acompanha os idosos diabéticos (quatro idosos). Ademais, percebe-se também que as seqüelas provenientes de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC's) mostram-se presentes em dois sujeitos da amostra (TABELA 1).

A HAS é considerada como uma das doenças crônicas que mais atinge os idosos e os portadores de diabetes. Favorece o aparecimento de doenças coronarianas e também é fator de risco para complicações como nefropatias e retinopatias. Orienta-se que, a cada consulta médica ou de enfermagem, seja aferida a pressão arterial do cliente e que esta não deve ultrapassar 130x80 mmHg (BRASIL, 2006a).

O AVC, comumente chamado de "derrame cerebral", configura-se como uma doença em que há comprometimento cerebral súbito, com interrupção do fluxo sangüíneo e morte celular. Como fatores de risco a esta doença, têm-se os que podem ser prevenidos e aqueles que não podem ser modificados. Dentre aqueles que se pode intervir, encontram-se o DM e a HAS. Como exemplo dos que não se pode modificar, há a idade avançada e ser do sexo masculino (CALDAS *et al*, 2004).

A presença concomitante de doenças como AVC, HAS e DM tende a influenciar profundamente na capacidade cognitiva e funcional dos residentes. O próprio AVC configura-se como a causa mais incapacitante entre adultos e, de modo mais grave, em idosos. As complicações perpassam atividades cotidianas como entender o que é dito, conversar e realizar movimentos diversos, como andar, sentar, escovar os dentes (CALDAS *et al*, 2004).

Em estudo realizado por Rodrigues *et al.* (2008), foi avaliado a interferência da morbidade na capacidade funcional de idosos. Todos os idosos que haviam sofrido AVC eram dependentes, em graus diferenciados, para AVDs. Destes, 82,6% tinham comprometimento em 07(sete) ou mais AVDs. Para AIVDs, 83,4% eram dependentes e comprometidos em três ou mais atividades instrumentais. Tais resultados só vêm corroborar ao fato de que morbidades, como o DM, a HAS e o AVC, devem ser motivos de atenção para os profissionais de saúde, pois se constituem como fatores de risco importantes para o declínio da funcionalidade da pessoa idosa, bem como da qualidade de vida do mesmo.

Neste estudo, observou-se que seis idosos apresentaram, no momento da coleta de dados, variação da glicemia capilar entre 76 e 118 mg/dl. Apenas um idoso apresentou elevação da taxa glicêmica, com valor de 191 mg/dl. Assim, em relação à monitorização da glicemia capilar, a SBD (2007, p.125), informa que:

> As principais sociedades científicas internacionais (Associação Americana de Diabetes [ADA], Associação Européia para o Estudo do Diabetes [EASD]) não estabelecem metas glicêmicas específicas para a população idosa; entretanto a maioria dos autores recomenda a individualização dessas metas, levando-se em consideração diferentes fatores, como presença ou não de doenças que limitam a qualidade e/ou a quantidade de potenciais anos de vida (câncer, miocardiopatia grave, insuficiência renal, hepática ou pulmonar, seqüelas importantes de acidente vascular cerebral [AVC], etc.), idade muito avançada, na qual o tempo de hiperglicemia não seria suficiente para o desenvolvimento de complicações crônicas do diabetes, limitações econômicas, sociais ou familiares que

> inviabilizariam esquemas terapêuticos complexos necessários para um controle glicêmico ideal, etc. Nessas situações seriam aceitáveis valores glicêmicos de jejum de até 150mg/dl e pós-prandiais inferiores a 180mg/dl.

Em relação ao histórico de infecções nos idosos, observaram-se registros da presença de lesões em membros inferiores (MMII) de 03(três) residentes e infecção na região pélvica em 01 idoso. Os demais prontuários não continham registros de quaisquer processos infecciosos desde o momento de internação até o período da coleta de dados.

A presença de infecções em pacientes diabéticos constitui-se como importante complicação que deve ser monitorada, a fim de evitar maiores comprometimentos que possam levar à presença de úlceras e, até mesmo, amputações. O descontrole glicêmico favorece o aparecimento de infecções e, concomitante a elas, o desenvolvimento de complicações crônicas, como a neuropatia diabética. A não prevenção ou o não tratamento destas manifestações tendem a aumentar os índices de morbidade e mortalidade devido à sepse e a amputação (FREITAS, 2006).

TABELA 2 - Distribuição dos idosos diabéticos institucionalizados, segundo as classes de medicamentos utilizadas. Fortaleza-CE, 2008

Classe de medicamentos	Casos							Total
	i[1]	i[2]	i[3]	i[4]	i[5]	i[6]	i[7]	n
Anti-hipertensivo	x	x	x			xx		05
Hipoglicemiante	x		x	x	x			04
Ansiolítico		x		x			x	03
Complexo Vitamínico		x	x				x	03
Diurético		x				x		02
Anti-histamínico	x	x						02
Anticoagulante	x				x			02
Antidepressivo		x					x	02

TABELA 2 - Distribuição dos idosos diabéticos institucionalizados, segundo as classes de medicamentos utilizadas. Fortaleza-CE, 2008 (cont.)

Classe de medicamentos	Casos							Total
	i[1]	i[2]	i[3]	i[4]	i[5]	i[6]	i[7]	n
Antiepiléptico							xx	02
Antipsicótico	x							01
Antiparkinsoniano							x	01
Anti-reumático			x					01
Antiácido	x							01
Total	06	06	04	02	02	03	06	

O uso de medicamentos é fato presente na vida da maioria das pessoas idosas. Fruto das alterações próprias do envelhecimento e dos agravos que porventura o acometam, esta prática tornou-se alvo de muitas discussões entre os profissionais de saúde.

Segundo a tabela 2, todos os idosos diabéticos faziam uso de duas a seis classes de medicamentos. Os anti-hipertensivos constaram como a classe mais utilizada, até mesmo em comparação aos hipoglicemiantes, tão necessários no tratamento do DM.

Quatro idosos faziam uso de anti-hipertensivos, sendo que um deles utilizava uma combinação de dois medicamentos desta classe a fim de controlar a HAS. Apenas dois idosos combinavam o uso de anti-hipertensivos e hipoglicemiantes.

Os hipoglicemiantes são empregados quando medidas não-farmacológicas não resultam, satisfatoriamente, na manutenção, em longo prazo, de uma normoglicemia. As medicações tornam-se muito importantes ao atentar-se para fatores como a presença de outros transtornos metabólicos (como a dislipidemia e inflamação vascular) e as conseqüências micro e macrovasculares que acompanham o histórico de pacientes diabéticos (SBD, 2007).

No entanto, um dos principais malefícios provocados no idoso é a chamada Reação Adversa a Medicamentos (RAM), definida como:

> uma resposta nociva e não intencional ao uso de um medicamento que ocorre em associação a doses normalmente empregadas em seres humanos para profilaxia, diagnostico e tratamento de doenças e para a modificação de uma função fisiológica, excluídos os casos de falha terapêutica (GORZONI; PASSARELLI, 2006, p.944).

Além dos fatores pertinentes ao processo de envelhecimento, um dos mais importantes fatores de risco para a RAM é o número de medicamentos. Este fator está intimamente ligado com outros dois não menos importantes: as interações medicamentosas e o uso de medicamentos inapropriados para idosos (GORZONI; PASSARELLI, 2006).

Os medicamentos mais utilizados por idosos são os ansiolíticos, principalmente os que atuam no sistema cardiovascular (digitálicos, anti-hipertensivos, diuréticos e anticoagulantes) e no trato gastrointestinal (laxantes e antiácidos) (BRASIL, 2006b). Especificamente, no caso de idosos institucionalizados, os grupos medicamentosos mais comuns são anticoagulantes, antipsicóticos, antidepressivos, sedativos e hipnóticos (BORN; BOECHAT, 2006). Tais informações vêm corroborar com os resultados do presente estudo, conforme demonstrado na Tabela 2.

Segundo inquérito domiciliar realizado na cidade de Fortaleza/CE junto a idosos, os medicamentos cardiovasculares representaram a categoria terapêutica mais utilizada nesta região, seguidos por as medicações de ação no sistema nervoso central. Dos medicamentos considerados inapropriados ao uso de idosos, revelou-se, como mais freqüente, a utilização de benzodiazepínicos de longa duração (COELHO FILHO; MARCOPINTO; CASTELO, 2004).

Como visto, apesar do uso rotineiro, é preciso ter cautela no emprego de certos medicamentos psicoativos (antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos, estabilizadores do humor, dentre outros), pois há forte correlação desta prática com eventos como depressão respiratória, excesso de sedação, alterações cognitivas importantes e quedas (FULMER; FOREMAN; ZWICKER, 2006).

TABELA 3 - Distribuição de idosos diabéticos institucionalizados, segundo capacidade em realizar AVDs. Fortaleza-CE, 2008

Atividades de Vida Diária	**Casos**							**Total**
	i^1	**i^2**	**i^3**	**i^4**	**i^5**	**i^6**	**i^7**	**n**
Banho		x						01
Vestir-se		x						01
Higiene pessoal		x						01
Transferência		x						01
Continência	x	x	x		x		x	05
Alimentação		x		x			x	03
Total	01	06	01	01	01	-	02	

De acordo com a aplicação da escala de Katz (Anexo II), avaliou-se a capacidade dos idosos diabéticos institucionalizados realizarem as AVDs, ou seja, atividades consideradas mais simples. A pontuação nesta escala é dada pelo somatório dos “sim”, ou seja, pela soma das atividades que são realizadas pelo idoso. Um total de seis pontos indica independência para AVD, quatro pontos, dependência parcial e dois pontos, dependência importante (FREITAS; MIRANDA, 2006).

Observou-se que apenas um idoso foi classificado como independente, ao atingir pontuação máxima; enquanto que os demais obtiveram pontuação igual ou inferior a dois pontos, sendo considerados com importantes dependências. Neste

último grupo, torna-se importante enfatizar a presença de um idoso que não pontuou na escala sendo, logo, considerado como completamente dependente para AVDs (TABELA 3).

Das AVDs pesquisadas, a continência foi a mais preservada (em cinco idosos), seguida pela alimentação e transferência, ambas mantidas em três idosos. As atividades de banho, vestir-se e higiene pessoal foram as menos preservadas, contando com apenas um idoso que mantinha cada uma delas.

Em estudo realizado por Araújo e Ceolim (2007), foi observada uma significativa relação entre dependência e institucionalização, com evolução dos graus de dependência, de parcial a total, em relação à quantidade de anos vividos dentro de uma ILPI.

A manutenção da capacidade de realizar AVDs está intimamente relacionada à possibilidade do idoso praticar o autocuidado e, de modo mais amplo, melhorar a qualidade de vida e possibilitar o aumento de uma expectativa de vida saudável a este indivíduo.

Em relação ao MEEM, as pontuações máximas que podem ser obtidas em cada função cognitiva são: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), memória de fixação (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), memória de evocação (3 pontos), linguagem (8 pontos) e praxia construtiva (1 ponto).

A distribuição das pontuações conforme o número de idosos é apresentado na Tabela 4.

TABELA 4 – Distribuição das pontuações nas funções cognitivas presentes no MEEM, segundo número de idosos. Fortaleza-CE, 2008

Funções cognitivas presentes no MEEM		**n=7**
Orientação temporal (de 0 a 5 pontos)		
	0 pontos	04
	1 ponto	01
	3 pontos	02
Orientação espacial (de 0 a 5 pontos)		
	0 pontos	02
	1 ponto	01
	2 pontos	03
	3 pontos	01
Memória de fixação (de 0 a 3 pontos)		
	0 pontos	01
	1 ponto	02
	2 pontos	02
	3 pontos	02
Atenção e cálculo (de 0 a 5 pontos)		
	0 pontos	07
Memória de evocação (de 0 a 3 pontos)		
	0 pontos	06
	1 ponto	01
Linguagem (de 0 a 8 pontos)		
	2 pontos	03
	4 pontos	02
	5 pontos	01
	7 pontos	01
Praxia construtiva (de 0 a 1 ponto)		
	0 pontos	07

n: número de idosos

A seguir, na Tabela 5, são demonstradas as pontuações de cada sujeito do estudo.

TABELA 5 - Distribuição de idosos diabéticos institucionalizados, segundo pontuação em cada função cognitiva presentes no MEEM. Fortaleza-CE, 2008

Funções cognitivas presentes no MEEM	**Casos***						
	i^1	**i^2**	**i^3**	**i^4**	**i^5**	**i^6**	**i^7**
Orientação temporal	01	-	-	03	03	-	-
Orientação espacial	-	02	02	03	02	01	-
Memória de fixação	-	01	01	02	02	03	03
Atenção e cálculo	-	-	-	-	-	-	-

TABELA 5 - Distribuição de idosos diabéticos institucionalizados, segundo pontuação em cada função cognitiva presentes no MEEM. Fortaleza-CE, 2008 (cont.)

Funções cognitivas presentes no MEEM	Casos*						
	i[1]	i[2]	i[3]	i[4]	i[5]	i[6]	i[7]
Memória de evocação	-	-	-	01	-	-	-
Linguagem	04	07	02	04	05	02	02
Praxia Construtiva	-	-	-	-	-	-	-
Total	**05**	**11**	**05**	**13**	**12**	**05**	**05**

*Pontuação na função cognitiva em relação a cada idoso avaliado

A aplicação do MEEM oferece um rastreio da capacidade cognitiva individual. Esta escala possui algumas vantagens como: ser padronizada, possuir validade e confiabilidade reconhecida e ser de uso rápido e fácil. No entanto, reconhece que o resultado individual do MEEM sofre influência de fatores importantes, como: a dor, o cansaço, a educação e a cultura (FOREMAN *et al*., 2006)

No presente estudo, observou-se uma variação de 05(cinco) a 13(treze) pontos nos escores totais obtidos por cada idoso (TABELA 5). A pontuação máxima nesta escala é de 30 pontos. A função cognitiva mais preservada entre os idosos foi a da linguagem, posto que todos eles pontuaram, ao menos, duas vezes nesta função. As menos preservadas foram a de praxia construtiva e a de atenção e cálculo, em que não houve pontuação, seguida pela função de memória de evocação, que obteve pontuação em apenas um idoso (TABELA 4).

De fato, a linguagem tende a ser uma das funções cognitivas mais preservadas no idoso em relação às outras. No entanto, funções como a atenção são mais sensíveis ao processo de envelhecimento, sendo, portanto, habilidades que podem declinar com o passar dos anos, mesmo em idosos não acometidos por doenças (YASSUDA; ABREU, 2006). Isto leva a crer que, para estudos mais aprofundados sobre a condição cognitiva de pessoas idosas, é necessária uma

avaliação mais apurada, contendo testes importantes realizados por profissionais treinados que saibam, também, interpretar corretamente os resultados obtidos.

A educação constitui-se, no caso dos idosos pesquisados, como um dos fatores que mais afetam o resultado na aplicação desta escala. No MEEM, há alguns itens impróprios a aplicação em pessoas analfabetas, como, por exemplo, atenção e cálculo. Assim sendo, a pontuação de coorte para idosos com alteração cognitiva deve ser modificada nestes casos (BRUCKI *et al.*, 2003). Em pesquisa realizada no Brasil por Lacks *et al.* (2007), a média dos escores obtidos por idosos analfabetos ficou em 18(dezoito), em idosos mais velhos, e em 19(dezenove), em idosos mais jovens.

No caso da pesquisa com idosos institucionalizados, foi difícil estabelecer o grau de alfabetização dos mesmos, pois os prontuários não possuíam tais dados. O perfil dos idosos desta ILPI é basicamente de pessoas abandonadas e vítimas de maus tratos, que chegaram à instituição, muitas vezes, desorientadas e/ou sem documentos. Dessa forma, optou-se por classificar todos os sujeitos do estudo como analfabetos, observando que, mesmo dessa forma, as pontuações obtidas ainda permaneceram, em sua maioria, abaixo da média.

Diagnósticos de enfermagem identificados nos idosos diabéticos institucionalizados

Reconhecidos os sujeitos do presente estudo, realizou-se o chamado Raciocínio Diagnóstico, proposto por Risner, a partir dos dados coletados com os idosos diabéticos participantes do estudo (TABELA 6).

TABELA 6 – Fases do Raciocínio Diagnóstico, realizadas a partir dos dados coletados junto a idosos diabéticos institucionalizados. Fortaleza-CE, 2008

ANÁLISE	**SÍNTESE**		
Agrupamento	**Comparação**	**Inferência**	**Causas relacionadas**
Necessidades psicobiológicas			
1. Inabilidade de transferir-se cama-cadeira ou cadeira-cama.	Capacidade de transferir-se, sem auxílio, entre duas superfícies próximas.	Capacidade de transferência entre superfícies prejudicada.	Idade avançada; declínio da força muscular; relacionado à seqüela de AVC; declínio da cognição.
2. Movimentação a pé limitada; marcha lenta; andar cauteloso; uso de medicamentos inapropriados a idosos.	Movimenta-se, sem auxílio, de forma segura e sem desequilibrar-se.	Capacidade de deambular prejudicada; potencial para episódios de queda.	Idade avançada; declínio da força muscular; relacionado à seqüela de AVC; declínio da cognição.
3. Necessita de auxílio parcial/total para alimentar-se.	Alimenta-se sem qualquer auxílio, de modo satisfatório.	Habilidade diminuída de alimentar-se.	Declínio da força muscular; declínio cognitivo.
4. Necessita de auxílio parcial/total para higienizar-se.	Higieniza-se sem qualquer auxílio, de modo satisfatório.	Habilidade diminuída de higienizar-se.	Declínio da força muscular; declínio cognitivo.
5. Necessita de auxílio parcial/total para vestir-se.	Veste-se, sem qualquer auxílio, de modo satisfatório.	Habilidade diminuída de vestir-se	Declínio da força muscular; declínio cognitivo
6. Tosse após deglutir; sensação de sufocamento após deglutir.	Deglute alimentos e líquidos sem qualquer relato de anormalidades.	Ato de deglutir prejudicado.	Idade avançada; mastigação ineficaz; ausência de dentição.
7. Dentição ausente; presença de dentes estragados.	Preserva a dentição; dentes em bom estado de conservação.	Potencial para perda dentária; dentição alterada.	Idade avançada; higiene oral ineficaz.

TABELA 6 – Fases do Raciocínio Diagnóstico, realizadas a partir dos dados coletados junto a idosos diabéticos institucionalizados. Fortaleza-CE, 2008 (cont.)

ANÁLISE	**SÍNTESE**		
Agrupamento	**Comparação**	**Inferência**	**Causas relacionadas**
Necessidades psicossociais			
8. Expressão facial de dor; comportamento de defesa.	Não ter qualquer experiência sensorial desagradável.	Experiência sensorial alterada.	Presença de lesões; imobilidade; depressão.
9. Incapaz de retardar a evacuação; roupas e/ou roupas de cama sujas; odor fétido.	Evacuar voluntariamente.	Processo de evacuação alterado.	Imobilidade; déficit cognitivo; perda do controle do esfíncter anal.
10. Perda urinária involuntária, mesmo sem distensão da bexiga.	Urinar voluntariamente.	Processo de micção alterado.	Idade avançada; enfraquecimento de musculatura pélvica.
11. Cansaço; dificuldade para adormecer ou permanecer dormindo; Sono durante o dia.	Relatar sono em quantidade e qualidade ideais.	Sono alterado.	Medicamentos; padrão de sono inadequado (dorme durante o dia).
12. Lesões cutâneas.	Pele íntegra.	Integridade cutânea comprometida.	Idade avançada; umidade; imobilidade.
13. Dificuldade em recordar informações.	Recordar, de forma satisfatória, informações anteriormente apreendidas.	Declínio da memória.	Idade avançada; declínio cognitivo.
14. Marcha lentificada; amplitude do movimento limitada; necessita de auxílio para deambular.	Realizar movimento físico sem auxílio e de forma segura.	Mobilidade física alterada.	Idade avançada; declínio funcional declínio cognitivo; declínio da forca muscular; medicamentos.
15. Necessita de auxílio para movimentar-se, de um lugar a outro, na cadeira de rodas.	Utilizar a cadeira de rodas de modo independente.	Mobilidade em cadeira de rodas alterada.	Idade avançada; declínio funcional e cognitivo; declínio da forca muscular; medicamentos

TABELA 6 – Fases do Raciocínio Diagnóstico, realizadas a partir dos dados coletados junto a idosos diabéticos institucionalizados. Fortaleza-CE, 2008 (cont.)

ANÁLISE	SÍNTESE		
Agrupamento	**Comparação**	**Inferência**	**Causas relacionadas**
Necessidades psicossociais			
16. Necessita de auxílio para movimentar-se, de uma posição a outra, no leito.	Movimentar-se, de modo independente, de uma posição a outra no leito.	Mobilidade no leito alterada	Idade avançada; declínio funcional; declínio cognitivo; declínio da forca muscular; medicamentos.
17. Imobilidade; tosse após deglutir; sensação de sufocamento após deglutir.	Não aspirar qualquer substância para as vias traqueobrônquicas.	Potencial para aspiração.	Idade avançada; Imobilidade; deglutição prejudicada.
18. Presença de lesões na pele.	Pele íntegra.	Potencial para infecções.	Lesões cutâneas.
19. Imobilidade; pele avermelhada; pele friável.	Pele íntegra.	Potencial para alteração de integridade cutânea.	Idade avançada; umidade; imobilidade.
20. Busca sempre ficar sozinho; Comunicação interpessoal insatisfatória.	Integração pessoal satisfatória.	Relacionamento interpessoal alterado.	Depressão; incapacidade em engajar-se; ausência de atividades de integração.

Percebe-se que os dados coletados foram agrupados em vinte padrões. De acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, dividiram-se os padrões da seguinte forma: um deles pertencente às necessidades psicossociais e, os demais, às necessidades psicobiológicas.

Cada agrupamento de dados foi comparado a padrões normais de desenvolvimento humano, sendo, posteriormente, relatado uma inferência diagnóstica e enumerado causas relacionadas aos problemas inicialmente descritos.

A partir da enumeração das possíveis causas relacionadas, puderam-se enunciar os diagnósticos de enfermagem presentes em idosos diabéticos institucionalizados, de acordo com a numeração presente nos agrupamentos (QUADRO 4).

QUADRO 4 – Diagnósticos de Enfermagem identificados em idosos diabéticos institucionalizados. Fortaleza, 2008

1. *Capacidade de transferência prejudicada*
2. *Deambulação prejudicada / Risco de quedas*
3. *Déficit no autocuidado para alimentação*
4. *Déficit no autocuidado para banho/higiene*
5. *Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se*
6. *Deglutição prejudicada*
7. *Dentição prejudicada*
8. *Dor crônica*
9. *Incontinência intestinal*
10. *Incontinência urinária de esforço*
11. *Insônia*
12. *Integridade da pele prejudicada*
13. *Memória prejudicada*
14. *Mobilidade física prejudicada*
15. *Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada*
16. *Mobilidade no leito prejudicada*
17. *Risco de aspiração*
18. *Risco de infecção*
19. *Risco de integridade da pele prejudicada*
20. *Isolamento social*

Foram identificados 21 diagnósticos de enfermagem que representavam os problemas coletados junto aos idosos. A maioria dos agrupamentos levou a composição de um diagnóstico, com exceção do segundo agrupamento, que resultou em dois: d*eambulação prejudicada* e *risco de quedas*.

Do total de diagnósticos identificados, quatro caracterizavam-se como de risco, quais sejam: *Risco de quedas*; *Risco de aspiração*; *Risco de Infecção* e *Risco de integridade da pele prejudicada*.

Segundo NANDA (2008, p.377), os diagnósticos de enfermagem de risco descrevem "respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que podem desenvolver-se em indivíduo, família ou comunidade vulnerável", sendo "sustentado por fatores de risco que contribuem para o aumento da vulnerabilidade".

A seguir, mostra-se a distribuição dos diagnósticos de enfermagem, de acordo com os de idosos diabéticos residentes em ILPI pesquisados (TABELA 7).

TABELA 7 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem segundo os idosos diabéticos institucionalizados avaliados. Fortaleza-CE, 2008

	Casos							**Total**
Diagnósticos de Enfermagem	**i[1]**	**i[2]**	**i[3]**	**i[4]**	**i[5]**	**i[6]**	**i[7]**	**n**
Dentição prejudicada	x	x	x	x	x	x	x	07
Insônia	x	x	x	x	x	x	x	07
Risco de quedas	x	x	x	x	x	x	x	07
Memória prejudicada	x	x	x	x	x	x	x	07
Capacidade de transferência prejudicada	x		x	x	x	x	x	06
Déficit no autocuidado para banho/higiene	x		x	x	x	x	x	06
Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se	x		x	x	x	x	x	06
Déficit no autocuidado para alimentação	x		x		x	x		04
Deambulação prejudicada	x			x			x	03
Integridade da pele prejudicada			x		x	x		03
Risco de infecção			x		x	x		03
Deglutição prejudicada						x	x	02

TABELA 7 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem segundo os idosos diabéticos institucionalizados avaliados. Fortaleza-CE, 2008

Diagnósticos de Enfermagem	Casos							Total
	i[1]	i[2]	i[3]	i[4]	i[5]	i[6]	i[7]	n
Dor crônica			x			x		02
Incontinência intestinal				x		x		02
Incontinência urinaria				x		x		02
Isolamento social		x				x		02
Mobilidade física prejudicada	x						x	02
Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada				x	x			02
Mobilidade no leito prejudicada			x			x		02
Risco de aspiração						x	x	02
Risco de integridade da pele prejudicada				x				01
Total	**10**	**05**	**12**	**12**	**11**	**17**	**11**	**78**

De acordo com a Tabela 7, os diagnósticos apareceram 78 vezes no total e variaram de 05 a 17 por idoso.

Os diagnósticos reais que mais foram identificados foram o de d*entição prejudicada,* i*nsônia* e memória prejudicada, em todos os casos. Entre os de risco, foi observado o r*isco de quedas*, também em todos os casos. Acredita-se que estes diagnósticos mais observados têm forte relação com o próprio processo de envelhecimento e com a condição de institucionalização em que os idosos se encontram.

De posse do rol de diagnósticos de enfermagem determinados, procurou-se relacioná-los as categorias e subcategorias propostas na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Horta (TABELA 8).

TABELA 8 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de idosos diabéticos institucionalizados, segundo categorias e subcategorias estabelecidas pelo Modelo de Wanda Horta, Fortaleza-CE, 2008

Categorias	Subcategorias	Diagnósticos de Enfermagem	n
Necessidades Psicobiológicas	Integridade cutâneo-mucosa	Risco de integridade da pele prejudicada	01
		Integridade da pele prejudicada	03
	Oxigenação	Risco de aspiração	02
	Eliminação	Incontinência intestinal	02
		Incontinência urinaria	02
	Motilidade	Capacidade de transferência prejudicada	06
	Locomoção	Deambulação prejudicada	03
	Cuidado corporal	Déficit no autocuidado para alimentação	04
		Déficit no autocuidado para banho/higiene	06
		Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se	06
	Integridade física	Risco de infecção	03
		Risco de quedas	07
	Exercício e atividade física	Mobilidade física prejudicada	02
		Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada	02
		Mobilidade no leito prejudicada	02
	Nutrição	Deglutição prejudicada	02
		Dentição prejudicada	07
	Sono e repouso	Insônia	07

TABELA 8 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem de idosos diabéticos institucionalizados, segundo categorias e subcategorias estabelecidas pelo Modelo de Wanda Horta, Fortaleza-CE, 2008 (cont.)

Categorias	Subcategorias	Diagnósticos de Enfermagem	n
	Regulação neurológica	Memória prejudicada	07
	Percepção sensorial	Dor crônica	02
Necessidades Psicossociais	Participação	Isolamento social	02
Total de Diagnósticos de Enfermagem			78

De acordo com a Tabela 8, a subcategoria mais afetada neste estudo foi a de cuidado corporal, que apresentou três diagnósticos importantes: d*éficit no autocuidado para alimentação* (04 idosos); d*éficit no autocuidado para banho/higiene* (06 idosos) e d*éficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se* (06 idosos). Estes três diagnósticos relacionam-se com a incapacidade em realizar AVDs (alimentar-se, realizar higiene pessoal e se vestir) importantes para a independência dos idosos. Tal ponto mostra-se extremamente relevante, pois já foi percebida forte relação da perda de capacidade funcional, ou seja, em realizar AVDs e AIVDs, com o processo de declínio cognitivo no idoso (MARRA *et al.*, 2007). Reconhecer esta relação favorece o enfermeiro na formulação de estratégias de manutenção e/ou recuperação destas capacidades.

Já as subcategorias identificadas que se mostraram menos afetada foram: oxigenação (r*isco de aspiração* – 02 idosos); percepção Sensorial (d*or crônica* – 02 idosos) e participação (i*solamento social* – 02 idosos).

Apesar desta classificação das necessidades, Horta (1979, p.40) considera que as mesmas estão intrinsecamente relacionadas, fazendo parte de um todo, refletindo o conceito holístico do ser humano.

Acredita-se que o estudo sobre os diagnósticos de enfermagem, reais e de risco, nesta clientela deve perpassar uma discussão aprofundada sobre os componentes dos mesmos, bem como a inserção de tais problemas num contexto diferenciado que é o da institucionalização.

Assim, conhecido este rol, optou-se por analisar aqueles que foram identificados em mais da metade da amostra, ou seja, em 04 ou mais idosos. Estes foram: *dentição prejudicada* (07 idosos); *insônia* (07 idosos); *risco de quedas* (07 idosos); *memória prejudicada* (07 idosos); *capacidade de transferência prejudicada* (06 idosos); *déficit no autocuidado para banho/higiene* (06 idosos); *déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se* (06 idosos) e *déficit no autocuidado para alimentação* (04 idosos).

Análise dos diagnósticos de enfermagem mais freqüentes e suas intervenções, segundo a NIC

Dentição prejudicada

Segundo a NANDA (2008, p.98), o conceito de dentição prejudicada diz respeito ao "distúrbio nos padrões de desenvolvimento/erupção dentário ou na integridade estrutural dos dentes de um indivíduo".

A saúde bucal na pessoa idosa encontrou-se desvalorizada por muito tempo; entretanto, tornando-se aos poucos e, principalmente últimos anos, um fator de grande importância para a qualidade de vida desta parcela da população. Infelizmente, ainda há a crença de que o normal é perder dentes com o processo de envelhecimento e que pessoas que utilizam próteses totais não necessitam de

acompanhamento bucal. Tais estigmas, dentre outras coisas, devem ser combatidas por meio de um melhor esclarecimento sobre os cuidados com a saúde bucal (BRASIL, 2006c).

No caso específico de idosos institucionalizados, a situação mostra-se ainda desconhecida e negligenciada, com escassos estudos sobre este tema (REIS *et al.*, 2005).

Em pesquisa realizada por Gaião, Almeida e Heukelbach (2005), em uma ILPI filantrópica na cidade de Fortaleza – CE, 58,1% dos idosos eram completamente edêntulos, 35% apresentavam dentes com raízes expostas, sendo que, destas, 16% encontravam-se cariadas ou obturadas. Além disto, 84,4% necessitavam de algum tipo de prótese superior e 88,7%, inferior.

Em outro estudo, realizado em dez ILPIs de Goiânia – GO, todos os idosos já haviam apresentado experiência com cáries dentárias. Da amostra total da pesquisa, 69,20% eram completamente desdentados, sendo que destes, 51,5% não utilizavam qualquer tipo de prótese (REIS *et al.*, 2005).

No caso de pacientes diabéticos, orienta-se que a higiene bucal deve ser rigorosa. Aproximadamente 75% de pessoas portadoras de DM apresentam doença periodontal. Além disto, processos infecciosos agudos e/ou processos inflamatórios bucais podem aumentar a taxa de glicose. Assim, reconhece-se que estes pacientes devem possuir atendimento bucal prioritário (BRASIL, 2006c).

No presente estudo, percebeu-se que todos os idosos apresentavam algum tipo de distúrbio dentário. Com base na NANDA (2008), foram identificados como características definidoras para este diagnóstico: ausência de dentes, dentes estragados e halitose. Como fator relacionado, identificou-se a higiene oral ineficaz.

Horta (1979, p.40-1) informa que estas características evidenciadas compõem as necessidades manifestadas e, também, os problemas de enfermagem, demonstrando assim toda a complexidade na relação entre os sinais e sintomas identificados e aquilo que deve ser suprido.

Neste caso, sabe-se da necessidade de continuidade das atividades de saúde bucal, com ênfase a importância de uma higiene oral satisfatória. No entanto, idosos residentes em ILPIs, na maioria das vezes, recebem cuidados parciais ou totais de cuidadores da instituição. Estes, no entanto, tendem a reconhecer que as práticas de cuidado a saúde bucal

> não ocupam lugar prioritário ou de destaque na pauta das atividades de higiene e conforto das instituições, da mesma forma que não é dada prioridade à resolução de problemas bucais, até o momento em que aparecem sintomas e queixas pelo idoso. As práticas de cuidado à saúde bucal não raro são dispensadas, substituídas ou deslocadas para o final do rol das prioridades (MELLO; ERDMANN, 2007).

Assim, neste contexto, estabeleceram-se como resultados desejados, segundo a NOC: Autocuidado – Higiene Oral e Higiene Oral (MOORHEAD; JOHNSON; MASS, 2008).

As intervenções de enfermagem, foram estabelecidas como: Manutenção da Saúde Oral e Restauração da Saúde Oral (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008). As atividades que podem ser realizadas em cada uma destas intervenções com idosos diabéticos institucionalizados, encontram-se no Quadro 5.

QUADRO 5 – Proposta de intervenções de enfermagem, segundo a NIC, ao diagnóstico de Dentição Prejudicada. Fortaleza-CE, 2008

Intervenção de Enfermagem: Manutenção da Saúde Oral
Atividades:
Estabelecer uma rotina de cuidado oral;

QUADRO 5 – Proposta de intervenções de enfermagem, segundo a NIC, ao diagnóstico de Dentição Prejudicada. Fortaleza-CE, 2008 (cont.)

Orientar e auxiliar o paciente a fazer a higiene oral após as refeições, bem como sempre que necessário; Monitorar os sintomas de glossite e estomatite;

Consultar o médico se persistir o ressecamento, a irritação e o desconforto orais;

Facilitar a escovação dos dentes e o uso do fio dental a intervalos regulares;

Orientar a pessoa a escovar os dentes, as gengivas e a língua;

Providenciar consultas dentárias, quando necessário;

Auxiliar no cuidado de dentaduras, quando necessário;

Encorajar os usuários de dentaduras a escovarem as gengivas e a língua e a enxaguarem a cavidade oral diariamente.

Intervenção de Enfermagem: Restauração da Saúde Oral

Atividades:

Remover dentaduras em caso de estomatite grave;

Usar cotonetes ou chumaços de algodão descartáveis para estimular as gengivas e limpar a cavidade oral;

Monitorar os lábios, as mucosas, as fossas das tonsilas e as gengivas quanto à hidratação, cor, textura e presença de resíduos e infecção, utilizando uma lanterna e um abaixador de língua;

Determinar a percepção do paciente em relação às mudanças no paladar, na deglutição, na qualidade da voz e no conforto;

Monitorar o paciente a cada turno quanto ao ressecamento da mucosa oral;

Aumentar os cuidados com a boca a cada duas horas e duas vezes à noite, caso a estomatite não seja controlada;

Consultar um médico caso persistam ou piorem os sinais e sintomas de glossite e estomatite.

Insônia (Padrão de Sono Perturbado)

O diagnóstico de enfermagem *Padrão de Sono Perturbado* foi, para a edição da NANDA 2007-2008, revisado e foi renomeado como *Insônia*.

Este termo diz respeito a um “distúrbio na quantidade e na qualidade do sono que prejudica o funcionamento normal de uma pessoa” (NANDA, 2008).

Com o envelhecimento, há falta de satisfação com a qualidade do sono. No geral, observa-se uma diminuição no número de horas dormidas (de oito para seis horas), o sono apresenta-se mais superficial, sem períodos profundos e com um número maior de despertares durante a noite (CÂMARA; CÂMARA, 2006).

No que diz respeito aos distúrbios do sono, a insônia é a queixa mais comum entre os idosos. As causas deste fenômeno são variadas e podem ser: clínicas (alterações neurológicas, respiratórias, cardiológicas, dentre outras), psiquiátricas (depressão, demência, ansiedade e alcoolismo), farmacológicas (como efeito colateral de sedativos, hipnóticos, diuréticos, cafeína, antidepressivos, dentre outros) e ambientais (como, por exemplo, o hábito de dormir tarde) (CÂMARA; CÂMARA, 2006).

Algumas doenças crônicas podem ser consideradas como causas de distúrbios do sono, como, por exemplo, a Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson e o Diabetes Mellitus. No caso do DM, os sintomas principais seriam o despertar precoce decorrente de hipoglicemia, pesadelos e noctúria. Este último sintoma tem forte relação com a fragmentação do sono, fadiga no idoso e pode ser causado, especialmente, pelo uso de medicamentos diuréticos (GEIB, 2003).

Nesta pesquisa, todos os idosos apresentaram este diagnóstico e os fatores relacionados a ele foram: higiene do sono inadequada (atual) e medicamentos (NANDA, 2008).

No idoso, com as modificações no padrão do sono, observam-se queixas freqüentes de dificuldade em adormecer e em manter o sono; maior número de despertares noturnos, ocasionando sensação de sono não reparador; maior número

de sestas diurnas; aumento no número de despertares devido a estímulos auditivos; dentre outros (RODRÍGUEZ, 2004).

Nesta pesquisa, as características definidoras identificadas foram: paciente relata dificuldade para adormecer; paciente relata distúrbios do sono que produzem conseqüências no dia seguinte; paciente relata insatisfação com o sono (atual); paciente relata sono não-restaurador (NANDA, 2008).

Como objetivos de enfermagem que devem ser buscados no cuidado a pessoa idosa diabética e institucionalizada que possua o diagnóstico de enfermagem de Insônia, tem-se: bem-estar pessoal, repouso e sono (MOORHEAD; JOHNSON; MASS, 2008).

Como proposta interventiva a fim de alcançar tais objetivos, foi identificada a Melhora do Sono (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008). De modo a realizá-la, foram determinadas algumas atividades, presentes no Quadro 6.

QUADRO 6 – Proposta de intervenções de enfermagem, segundo a NIC, ao diagnóstico de Insônia. Fortaleza-CE, 2008

Intervenção de Enfermagem: Melhora do Sono
Atividades:
Determinar o padrão do sono/atividade do paciente;
Determinar os efeitos dos medicamentos do paciente sobre o padrão do sono;
Monitorar/registrar o padrão de sono do paciente e a quantidade de horas dormidas;
Monitorar o padrão de sono do paciente e observar os distúrbios físicos (p.ex. apnéia do sono, via aérea obstruída, dor/desconforto e freqüência urinaria) e/ou psicológicos (p.ex. medo ou ansiedade) que interrompem o sono;
Orientar o paciente para monitorar os padrões de sono;
Auxiliar a eliminar situações estressantes antes do horário de dormir;
Monitorar os alimentos e os líquidos ingeridos no horário de dormir, observando itens que facilitem ou interfiram no sono;
Orientar o paciente a evitar ingerir próximo da hora de dormir alimentos e bebidas que interfiram no sono;

QUADRO 6 – Proposta de intervenções de enfermagem, segundo a NIC, ao diagnóstico de Insônia. Fortaleza-CE, 2008 (cont.)

Auxiliar o paciente a limitar o sono diurno, providenciando atividades que promovam o estado de alerta, quando adequado; Iniciar/implementar medidas de conforto como massagem, posicionamento e toque afetivo.

Risco de quedas

Um diagnóstico de enfermagem de risco corresponde a um "julgamento clínico em que um indivíduo/grupo está mais vulnerável ao desenvolvimento de um problema do que outros na mesma situação ou em situação similar" (CARPENITO-MOYET, 2008, p.30). Nesta pesquisa, o diagnóstico de risco mais freqüente foi o *Risco para Quedas*, presente em todos os sujeitos do estudo.

Segundo a NANDA (2008, p.238), este diagnóstico compreende a "susceptibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico".

A queda constitui-se como um "deslocamento não-intencional do corpo para um nível inferior a posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a instabilidade" (BUKSMAN; VILELA, 2004).

É considerada como uma das chamadas Síndromes Geriátricas, também compostas por imobilidade, incontinência, iatrogenia e incapacidade cognitiva. As síndromes, em geral, são decorrentes de causas múltiplas e podem levar o idoso à tão temida condição de fragilidade (CALDAS, 2004).

Cerca de 30 a 40% dos idosos caem todo ano, sendo 50% de modo recorrente. Na faixa etária acima dos 80 anos de idade, a prevalência dos eventos de quedas sobe para 50% (TONIOLO NETO; PINTARELLI; YAMATTO, 2007)

Foram identificados os seguintes fatores de risco, no presente trabalho: história de quedas, idade acima de 65 anos, uso de cadeira de rodas, uso de dispositivos auxiliares (p.ex. andador, bengala), déficits proprioceptivos, dificuldade na marcha, dificuldades auditivas e visuais, equilíbrio prejudicado, falta de sono, força diminuída nas extremidades inferiores, hipotensão ortostática, incontinência, mobilidade física prejudicada, mudanças na taxa de açúcar após as refeições, estado mental rebaixado, uso de certos medicamentos (p.ex. ansiolíticos e tranqüilizantes) e condições ambientais desfavoráveis (NANDA, 2008).

Fatores como déficit na capacidade funcional, que geram a necessidade de uso de dispositivos auxiliares, como bengalas e andadores, devem ser avaliados a fim de determinar o grau do dano; é necessário fornecer informações sobre marcha e equilíbrio no idoso. Tais cuidados são necessários, pois se reconhece que diferenças ambientais favorecem as quedas, no entanto, a maioria desses eventos ocorre no ambiente próprio do idoso, durante as atividades de rotina, como ir ao banheiro ou levantar-se para pegar algo (RESNICK, 2006).

No caso de idosos institucionalizados, cerca de 50% dos residentes em ILPIs sofrem quedas no período de um ano. Essa incidência aumenta com o avançar da idade e mostra-se mais comum em mulheres (RIBEIRO FILHO, 2006).

Em pacientes diabéticos, uma das preocupações em relação às quedas, diz respeito a eventos de hipoglicemia. As situações de risco nestes casos são: realização desregulada de refeições, erro na administração de medicamentos orais/insulina, pacientes que tem longa duração do DM, dentre outros. Em geral, a hipoglicemia leva a sintomas como tontura, fraqueza, confusão, tremor, que podem ocasionar episódios de queda (BRASIL, 2006a).

Assim sendo, estipulou-se, no cuidado a idosos diabéticos institucionalizados e com o diagnóstico de *Risco de quedas*, os seguintes objetivos: comportamento de prevenção de quedas, controle de riscos, desempenho nas transferências, detecção de riscos, equilíbrio e mobilidade (MOORHEAD; JOHNSON; MASS, 2008). Para atingi-los, estabeleceu-se como intervenção de enfermagem, a Prevenção de quedas. No Quadro 7, encontram-se as atividades a serem realizadas junto a estes idosos.

QUADRO 7 – Proposta de intervenções de enfermagem, segundo a NIC, ao diagnóstico de Risco de quedas. Fortaleza-CE, 2008

Intervenção de Enfermagem: Prevenção de quedas
Atividades:
Identificar déficits cognitivos ou físicos do paciente que podem aumentar o potencial para quedas em determinado ambiente;
Identificar comportamentos e fatores que aumentem o risco de quedas;
Revisar a historia de quedas com o paciente;
Identificar as características do ambiente capazes de aumentar o potencial de quedas (p.ex. assoalhos escorregadios e escadarias externas);
Monitorar o jeito de andar e o nível de equilíbrio e de fadiga com a deambulação;
Auxiliar o paciente sem equilíbrio na deambulação;
Providenciar dispositivos auxiliares (p.ex. bengala e andador) para equilibrar o andar;
Encorajar o paciente a usar bengala ou andador, quando adequado;
Orientar o paciente a respeito do uso da bengala ou andador, se adequado;
Travar as rodas da cadeira de rodas, da cama ou da maca durante as transferências do paciente;
Colocar os itens pessoais ao alcance do paciente;
Orientar o paciente a chamar auxílio para movimentar-se, quando adequado;
Ensinar o paciente, melhores formas de cair, de modo a minimizar as lesões;
Monitorar a capacidade de transferência da cama à cadeira, e vice-versa;
Auxiliar na higiene íntima a intervalos freqüentes e programados;
Evitar excesso de objetos no chão;

QUADRO 7 – Proposta de intervenções de enfermagem, segundo a NIC, ao diagnóstico de Risco de quedas. Fortaleza-CE, 2008 (cont.)

Certificar-se de que o paciente calce sapatos que sirvam adequadamente, que estejam bem presos aos pés e que tenham solado antiderrapante;
Orientar o paciente para usar os óculos prescritos pelo oftalmologista, quando adequado, ao sair da cama;
Desenvolver formas de o paciente participar com segurança das atividades de lazer;
Colocar avisos para alertar os funcionários de que o paciente corre risco de quedas;
Colaborar com outros membros da equipe de cuidados de saúde, no sentido de minimizar os efeitos secundários dos medicamentos capazes de contribuir para quedas (p.ex. hipotensão ortostática e modo de andar inseguro).

Memória prejudicada

Segundo a NANDA (2008, p.187), o diagnóstico de enfermagem *Memória prejudicada* refere-se a "incapacidade de lembrar ou recordar partes de informação ou habilidades comportamentais", sendo identificado em todos os idosos do estudo.

A memória constitui-se como uma das funções importantes presentes na cognição e que, direta ou indiretamente, influencia no desempenho físico e social do idoso. A mensuração objetiva dessas funções é realizada por instrumentos como o MEEM, que se mostram efetivos no rastreio do declínio cognitivo.

Alguns fatores, no entanto, tendem a influenciar os resultados destes testes, diferenciando o ponto de corte para avaliação. Dentre eles, tem-se a alfabetização como um dos mais importantes.

No caso desta pesquisa, houve dificuldade na verificação da quantidade de anos de estudo de cada idoso pesquisado. Na maioria das vezes, esta informação não constava no prontuário e mesmo o setor de Serviço Social da ILPI não a possuía. Tal lacuna é reflexo, especialmente, do perfil dos residentes, que basicamente era caracterizado por idosos abandonados, moradores de rua ou

vítimas de maus-tratos pela família. Tais características favoreciam a entrada do idoso na ILPI com pouca documentação ou nenhuma e, algumas vezes, desorientado. O próprio processo de institucionalização favorece, com o passar dos anos, o agravamento das condições gerais e a piora da situação orgânica e existencial dos idosos, fatos que dificultaram a tomada de informações por parte da pesquisadora (BORN; BOECHAT, 2006).

No caso de idosos diabéticos, alterações cognitivas podem influenciar nos cuidados relacionados à dieta e ao tratamento farmacológico. Eventos hiperglicêmicos são mais freqüentes e possuem maior gravidade no idoso do que no indivíduo mais jovem, por isso orienta-se um controle mais rígido nestes casos (SBD, 2007).

Assim, neste estudo, foram definidas como características definidoras do diagnostico de enfermagem *Memória prejudicada*: experiências de esquecimento; incapacidade de executar uma habilidade previamente aprendida; incapacidade de recordar eventos; incapacidade de reter novas informações. Como fatores relacionados têm-se os distúrbios neurológicos (NANDA, 2008).

A seguir, no Quadro 8, relaciona-se a intervenção de enfermagem escolhida para este problema, em conjunto com as atividades a serem realizadas, a fim de alcançar como objetivos de enfermagem a orientação cognitiva e a memória (MOORHEAD; JOHNSON; MASS, 2008).

QUADRO 8 – Proposta de intervenções de enfermagem, segundo a NIC, ao diagnóstico de Memória prejudicada. Fortaleza-CE, 2008

Intervenção de Enfermagem: Treinamento da Memória.
Atividades:
Estimular a memória, através da repetição do último pensamento que o paciente expressou, quando adequado;

QUADRO 8 – Proposta de intervenções de enfermagem, segundo a NIC, ao diagnóstico de Memória prejudicada. Fortaleza-CE, 2008 (cont.)

Recordar experiências passadas com o paciente, quando adequado;
Implementar técnicas adequadas de memorização, tais como imagem visual, recursos mnemônicos, jogos de memória, dicas de memória, técnicas de associação, elaboração de listas.
Oferecer treinamento de orientação, como, por exemplo, ensaio de informações e datas pessoais, quando adequado;
Oportunizar a concentração, como, por exemplo, usando jogos de combinação de pares de cartas, quando adequado;
Oportunizar o uso da memória de eventos recentes, como, por exemplo, com a elaboração de perguntas ao paciente sobre um passeio recente;
Oferecer reconhecimento de figuras, quando adequado;
Encorajar o paciente a participar de programas de treinamento de memória em grupo, quando adequado;
Monitorar o comportamento do paciente durante a terapia;
Monitorar as mudanças na memória decorrentes do treinamento.

Capacidade de transferência prejudicada

O diagnóstico de enfermagem de *Capacidade de transferência prejudicada* é conceituado como “limitação ao movimento independente entre duas superfícies próximas” (NANDA; 2008, p.263).

Relaciona-se com uma das Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs) que é a Transferência, descrita na Escala de Katz (Anexo II), no item 4, como conseguir deitar na cama, sentar em cadeira e levantar sem ajuda, mesmo utilizando dispositivos auxiliares como bengalas ou andadores.

Em estudo realizado com idosos institucionalizados, por Oliveira, Goretti e Pereira (2006), foi detectada uma relação significativa entre a transferência e a mobilidade. Ambas foram consideradas como elementos essenciais para o desempenho da independência do idoso.

A dinâmica do sistema locomotor sofre alterações importantes, evidenciadas por ampliação na base de sustentação corpórea, adiantamento do centro de gravidade do corpo, diminuição na amplitude dos movimentos, modificação na marcha, com passos lentos e curtos e tendência a arrastar os pés (BRASIL, 2006b).

Assim, no caso de exame físico em idosos, devem ser observados aspectos como a motricidade, que inclui, dentre outras coisas, avaliação do tônus e da forca muscular, da marcha, do equilíbrio e, conseqüentemente, da independência funcional desta pessoa (CUNHA; VALLE; MELO, 2006).

A instabilidade, a reserva funcional diminuída, bem como a presença de doenças orgânicas de cursos crônicos, constituem-se como algumas dos fatores que predispõem a institucionalização (BORN; BOECHAT, 2006).

No presente estudo, os fatores relacionados a este diagnóstico foram: dor, equilíbrio prejudicado, força muscular insuficiente, limitações ambientais e prejuízo cognitivo (NANDA, 2008).

Já as características definidoras deste diagnóstico foram: incapacidade de transferir-se da cadeira para cama; incapacidade de transferir-se da cama para a cadeira; incapacidade de transferir-se entre superfícies de níveis diferentes; incapacidade de transferir-se para ou da cadeira higiênica; incapacidade de transferir-se para ou do vaso sanitário (NANDA, 2008).

Desta forma, foram selecionados alguns objetivos para o cuidado a pessoa idosa diabética e institucionalizada com o diagnóstico de *Capacidade de transferência prejudicada*: desempenho na mecânica corporal, desempenho na transferência, equilíbrio, mobilidade e movimento coordenado (MOORHEAD; JOHNSON; MASS, 2008).

Como intervenção de enfermagem, tem-se a Assistência no Autocuidado – Transferência (DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008). As atividades a serem desempenhadas nesta proposta interventiva encontram-se no Quadro 9.

QUADRO 9 – Proposta de intervenções de enfermagem, segundo a NIC, ao diagnóstico de Capacidade de transferência prejudicada. Fortaleza-CE, 2008

Intervenção de Enfermagem: Assistência no Autocuidado – Transferência
Atividades:
Determinar a capacidade atual do indivíduo para transferir-se (p.ex. forca muscular, nível de capacidade, resistência);
Determinar a capacidade atual do indivíduo para entender instruções e para levantar-se e manter-se em pé;
Determinar a presença de hipotensão ortostática;
Escolher a técnica de transferência mais adequada à pessoa;
Identificar formas de evitar lesão durante as transferências;
Orientar a pessoa sobre técnicas adequadas de transferência de uma área para outra (p.ex., da cama à cadeira, da cadeira à cama, da cadeira de rodas ao meio de transporte, do meio de transporte à cadeira de rodas);
Demonstrar a técnica, se adequado;
Oferecer suporte ao corpo e as extremidades durante a transferência, se adequado;
Orientar a pessoa sobre a transferência, tendo como meta alcançar o mais alto nível de independência;
Providenciar dispositivos auxiliares como forma de ajudar a pessoa a transferir-se de modo independente, se adequado;
Orientar a pessoa sobre o uso adequado de recursos auxiliares para a deambulação (p.ex., muletas, cadeira de rodas, andadores, barra tipo trapézio, bengala);
Oferecer encorajamento à pessoa à medida que ela aprende a transferir-se de forma independente.

Déficit no autocuidado para banho/higiene

Este diagnóstico representa a “capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de banho/higiene por si mesmo” (NANDA, 2008, p.42).

Compreende outra AVD importante que é o Banho, em que o idoso, para ser considerado independente, deve ser capaz de banhar-se sem ajuda ou pode receber ajuda para banhar apenas uma parte do corpo (Anexo II). Segundo esta classificação, neste estudo, seis idosos eram dependentes para a realização desta atividade.

No estudo de Oliveira, Goretti e Pereira (2006) junto a idosos residentes em ILPI, também houve significativa relação entre a mobilidade e o desempenho no ato de banhar-se. Sabe-se que o equilíbrio passa a ser um dos pontos importantes durante o banho, pois, se preservado, favorece a minimização dos riscos de quedas.

O próprio ambiente, no entanto, muitas vezes, desfavorece a independência do idoso, com, por exemplo, uma infra-estrutura que dificulta a ida dele ao banheiro ou com materiais para banho fora do alcance. No caso das ILPIs, acredita-se que muito ainda há de ser feito a fim de melhorar os padrões precários de qualidade no atendimento aos residentes, voltando-se para o favorecimento da autonomia e da independência destes (BORN; BOECHAT, 2006).

Assim, neste estudo foram identificadas as seguintes características definidoras: Incapacidade de acessar o banheiro; incapacidade de lavar o corpo; incapacidade de secar o corpo. Como fatores relacionados: barreiras ambientais; dor; prejuízo cognitivo e prejuízo musculoesquelético.

Com base no que foi explicitado, propôs-se uma intervenção de enfermagem e atividades (QUADRO 10), a fim de alcançar os seguintes objetivos: autocuidado – banho e autocuidado – higiene (MOORHEAD; JOHNSON; MASS, 2008).

QUADRO 10 – Proposta de intervenções de enfermagem, segundo a NIC, ao diagnóstico de Déficit no autocuidado para banho/higiene. Fortaleza-CE, 2008

Intervenção de Enfermagem: Banho
Atividades:
Auxiliar no banho do paciente em cadeira de banho, na banheira, no leito, de pé no chuveiro ou em banho de assento, conforme adequado ou desejado;
Lavar o cabelo, conforme necessário ou desejado;
Banhar o paciente em água com temperatura agradável;
Auxiliar nos cuidados com o períneo, quando necessário;
Auxiliar com medidas de higiene (p.ex. uso de desodorante ou perfume);
Promover imersão dos pés, conforme necessário;
Barbear o paciente, quando indicado;
Aplicar ungüento lubrificante e creme em áreas ressecadas da pele;
Oferecer lavagem das mãos após as eliminações e antes das refeições;
Monitorar a condição da pele durante o banho;
Monitorar a capacidade funcional durante o banho.

Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se

O presente diagnóstico compreende a “capacidade prejudicada de realizar ou completar atividades de vestir-se e arrumar-se por si mesmo” (NANDA, 2008, p.44).

Configura-se também como uma das AVDs e seu comprometimento tende a influenciar, não só na independência do idoso, mas também em sua auto-estima. Além disto, complicações importantes identificadas a partir da perda da capacidade funcional, ou seja, do exercício das funções básicas de vida diária, podem ser: a perda da independência, desnutrição, falta de sociabilidade e aumento no risco de depressão em longo prazo (KRESEVIC; MEZEY, 2006).

Como características definidoras nos idosos diabéticos institucionalizados observaram-se: capacidade prejudicada de colocar itens de vestuários necessários; capacidade prejudicada de fechar peças do vestuário; capacidade prejudicada de

tirar itens de vestuário necessários. Além disto, como fatores relacionados foram identificados: barreiras ambientais, dor, prejuízo cognitivo e prejuízo musculoesquelético (NANDA, 2008).

Como objetivos a serem alcançados nestes casos, tem-se: autocuidado-higiene e autocuidado – vestir-se (MOORHEAD; JOHNSON; MASS, 2008).

Para se obter êxito nestes objetivos, estruturou-se uma proposta interventiva presente no Quadro 11.

QUADRO 11 – Proposta de intervenções de enfermagem, segundo a NIC, ao diagnóstico de Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se. Fortaleza-CE, 2008

Intervenção de Enfermagem: Cuidados com os cabelos

Atividades:

Lavar os cabelos, conforme necessário e desejado;
Escovar/pentear os cabelos diariamente ou com maior freqüência, se necessário;
Examinar os cabelos diariamente;
Monitorar o couro cabeludo diariamente;
Aplicar óleo mineral no couro cabeludo, se necessário;
Trançar ou arrumar de outra forma os cabelos, conforme desejo do paciente;
Organizar visita de barbeiro/cabeleireiro para cortar o cabelo, se necessário.

Intervenção de Enfermagem: Vestir

Atividades:

Monitorar a capacidade do paciente para vestir-se;
Vestir o paciente após a conclusão da higiene pessoal;
Estimular a participação na seleção das roupas;
Vestir primeiro a extremidade afetada, quando apropriado;
Usar roupas que não limitem os movimentos, quando adequado;
Trocar as roupas do paciente na hora de dormir;
Selecionar sapatos/chinelos que favoreçam o andar e a deambulação segura.

Déficit no autocuidado para alimentação

Segundo a NANDA (2008, p.41), este diagnóstico diz respeito à "capacidade prejudicada de desempenhar ou completar atividades de alimentação".

A alimentação, como AVD, é considerada como uma atividade de subsistência, que é realizada quase que de forma automática, mesmo por idosos institucionalizados, e que tende a ser preservada até a fase final (OLIVEIRA; GORETTI; PEREIRA, 2006). Em geral, quando se fala sobre alimentação, a maior dificuldade dos idosos estaria mais em adquiri-la e/ou prepará-la, do que o próprio ato de se alimentar (SILVA *et al.,* 2006).

Em idosos diabéticos, a alimentação, como terapia nutricional, é considerada como parte do plano terapêutico, sendo baseada em princípios de alimentação saudável. Em casos de sobrepeso ou obesidade, a recomendação é pela perda de peso.

No entanto, idosos institucionalizados tendem a possuir um estado nutricional insatisfatório. Em estudo realizado por Rauen *et al.* (2008), junto a 232 idosos residentes em ILPIs de Florianópolis – SC, percebeu-se que 66,5% da amostra possuía inadequação do estado nutricional, com o valor médio das mulheres superior ao dos homens.

Assim sendo, nesta pesquisa, foram identificadas como características definidoras do diagnóstico *Déficit no autocuidado para alimentação*: incapacidade de ingerir alimentos de forma segura; incapacidade de levar os alimentos de um recipiente a boca; incapacidade de manusear utensílios; incapacidade de pegar

alimentos com utensílios. E como fatores relacionados: barreiras ambientais, dor; prejuízo cognitivo, prejuízos musculoesqueléticos (NANDA, 2008).

Os objetivos no cuidado a idosos diabéticos institucionalizados com este diagnóstico de enfermagem são: autocuidado – alimentação, estado de deglutição e estado nutricional – ingestão de alimentos e líquidos (MOORHEAD; JOHNSON; MASS, 2008). Com a finalidade de alcançar tais objetivos, estruturou-se uma proposta interventiva demonstrada no Quadro 12.

QUADRO 12 – Proposta de intervenções de enfermagem, segundo a NIC, ao diagnóstico de Déficit no autocuidado para alimentação. Fortaleza-CE, 2008

Intervenção de Enfermagem: Alimentação.

Atividades:

Organizar a bandeja com os alimentos e a mesa de maneira atraente.

Criar um ambiente agradável durante as refeições (p.ex. colocar a comadre, urinol e equipamento de aspiração longe do alcance da visão);

Providenciar alívio adequado da dor antes das refeições, quando apropriado;

Proporcionar higiene oral antes das refeições;

Identificar a presença de reflexo de deglutição, se necessário;

Sentar-se enquanto alimenta o paciente, para transmitir prazer e relaxamento;

Oferecer oportunidade de sentir o cheiro dos alimentos para estimular o apetite;

Perguntar ao paciente sua preferência pela seqüência alimentar;

Manter o paciente em posição ereta, com a cabeça e o pescoço levemente fletidos para a frente, durante a alimentação;

Colocar o alimento no lado da boca não-afetado, quando apropriado;

Oferecer água após os alimentos; se necessário;

Pedir que o paciente indique quando terminou a refeição, conforme adequado;

Registrar a ingestão, se adequado;

Evitar disfarçar medicamentos nos alimentos;

Oferecer um canudo para bebida, se necessário ou desejado;

Oferecer alimentos que possam ser comidos com o auxílio dos dedos, quando adequado;

QUADRO 12 – Proposta de intervenções de enfermagem, segundo a NIC, ao diagnóstico de Déficit no autocuidado para alimentação. Fortaleza-CE, 2008 (cont.)

Oferecer os alimentos à temperatura mais agradável ao paciente;
Evitar distrair o paciente durante a deglutição;
Alimentar o paciente sem pressa/lentamente.

A partir da elaboração destes diagnósticos e intervenções de enfermagem para o atendimento a idosos diabéticos institucionalizados, acredita-se dar um passo importante na construção de uma assistência mais dinâmica, lógica, precisa e fundamentada em conhecimento científico.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A motivação para este estudo surgiu a partir da vivência da pesquisadora referente à temática do cuidar em saúde do idoso, com enfoque especial à assistência prestada em Instituições de Longa Permanência. Com a oportunidade em desenvolver uma pesquisa, buscou-se analisar os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes no cuidado ao idoso diabético e institucionalizado, bem como estabelecer possíveis intervenções de enfermagem aos diagnósticos considerados mais freqüentes.

Como opções escolhidas para guiar o presente estudo, foram utilizadas a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), em conjunto com as taxonomias da NANDA e da NIC, por compreender que são de ampla aplicabilidade, bem como bastante reconhecidas no meio científico. A identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem no cuidar ao idoso promove um avanço nesta área, que está em franco desenvolvimento e pode ser que, de certa forma, seja considerada de início recente, devido às características deste processo no Brasil.

A utilização da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta favoreceu a construção do processo de identificação diagnóstica, ao permitir uma melhor estruturação dos problemas identificados nos idosos do estudo. Ademais, o uso do processo de raciocínio diagnóstico, proposto por Risner, viabilizou a elaboração de diagnósticos claros e precisos, baseados em problemas, comparações, inferências e causas relacionadas.

Apesar disto, uma das grandes dificuldades que permearam o desenvolvimento deste estudo foi que, tratando-se de uma modalidade de

assistência ao idoso vítima de violência, na Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) pesquisada havia certo déficit nos dados pessoais e histórico médico e de enfermagem de cada residente.

A partir da coleta de dados, foram identificados 21 diagnósticos de enfermagem, que foram distribuídos de acordo com as categorias e subcategorias presentes na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. A categoria com maior número de diagnósticos foi a de *Necessidades Psicobiológicas* (20 diagnósticos, presentes 76 vezes) e a subcategorias foi *Cuidado Corporal* (03 diagnósticos, presentes em 14 vezes).

Do total de diagnósticos de enfermagem, apenas oito foram observados em quatro ou mais idosos: *dentição prejudicada*, *insônia*, *risco de quedas*, *memória prejudicada*, *capacidade de transferência prejudicada*, *déficit no autocuidado para banho/higiene*, *déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se* e *déficit no autocuidado para alimentação*. Para cada um destes diagnósticos, foram estabelecidas propostas interventivas de enfermagem, com base na taxonomia da NIC.

Percebeu-se que a institucionalização tende a favorecer o comprometimento cognitivo e funcional, especialmente, pela ausência de estímulos aos idosos residentes. Agregado a isto, tem-se a presença de doenças crônicas, como o Diabetes Mellitus, que pode comprometer a curto, médio e longo prazo a qualidade de vida dos idosos. Torna-se pertinente, então, o desenvolvimento de mais pesquisas com a finalidade de desenvolver estratégias que possibilitem a manutenção ou reabilitação destas capacidades, bem como o desaceleramento do declínio fisiológico das mesmas.

Diante dos achados, acredita-se ter contribuído para a ampliação dos conhecimentos sobre a utilização da SAE e de teorias de enfermagem no cuidar ao idoso. Além disto, espera-se suscitar reflexões dos enfermeiros sobre a assistência ofertada a idosos em condição de adoecimento por DM e/ou presentes no contexto diferenciado das ILPIs.

8 REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ALVES, L.C. *et al.* A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, p.1924-30, ago 2007.

ANDRADE, A.C. A Enfermagem não é mais uma profissão submissa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.60, n.1, p.96-8, jan/fev, 2007.

ARAÚJO, M.O.P.H; CEOLIM, M.F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.41, n.3, 2007, p.378-85.

BARBOSA, A. M. N. **Velhice, vínculo familiar e instituição asilar**: um estudo com os idosos da Unidade de Abrigo. Fortaleza, 2003. 20p. Monografia (Graduação em Serviço Social) - Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual do Ceará.

BARROS, D.G.; CHIESA, A.M. Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.41, n.esp, p.793-8, 2007.

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

BRASIL. Conselho Nacional de ética em Pesquisa – CONEP. Resolução nº. 196/96. **Sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

_____. Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e da outras providências.** 2004.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. RDC nº. 283, de 26 de setembro de 2005. **Regulamento técnico para o funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos.** 2005.

_____. **Diabetes Mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saude, 2006b.

_____. **Saúde Bucal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. **Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/>. Acesso em 23 fevereiro 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRUCKI, S.M.D. *et al.* Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v.61, n.3B, p.777-81, 2003.

BUKSMAN, S.; VILELA, A.L. Instabilidade postural e quedas. In: SALDANHA, A.L; CALDAS, C.P. **Saúde do Idoso**: a arte de cuidar. 2 ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004, p.208-18.

CALDAS, C.P. Fatores de risco em envelhecimento – o idoso frágil e as Síndromes Geriátricas. In: SALDANHA, A.L; CALDAS, C.P. **Saúde do Idoso**: a arte de cuidar. 2 ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004, p.159-62.

_____ *et al.* AVC no idoso. In: SALDANHA, A.L; CALDAS, C.P. **Saúde do Idoso**: a arte de cuidar. 2 ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004, p.249-56.

CÂMARA, V.D.; CÂMARA, W.S. Distúrbios do sono no idoso. In: FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p.348-54.

CARPENITO-MOYET, L.J. **Manual de diagnósticos de enfermagem.** 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

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

Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. **Resolução nº. 272, de 27 de agosto de 2002.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/>. Acesso em 23 fevereiro 2009.

CÔRREA, C.G. **Raciocínio clínico**: o desafio do cuidar. 2003. 175f. Tese (Curso de Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, 2003.

CRUZ, D.A.L.M. Processo de enfermagem e classificações. In: GAIDZINSKI, R.R. et al. **Diagnóstico de enfermagem na prática clínica.** Porto Alegre: Artmed, 2008, p.25-37.

CUNHA, S.M.B.; BARROS, A.L.B.L. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Rev. Bras. Enferm.**, v.58, n.5, p.568-72, set/out 2005.

CUNHA, U.G.V.; VALLE, E.A.; MELO, R.A. Exame físico no idoso. In: FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p.910-25.

DIOGO, M.J.D. Modalidades de assistência ao idoso e a família: impacto sobre a qualidade de vida. In: FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p.1383-7.

DOCHTERMAN, J.M.; BULECHEK, G.M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).** 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FOREMAN, M.D. *et al.* Avaliação da função cognitiva. In: MEZEY, M.D. *et al.* **Protocolos em enfermagem geriátrica.** Sao Paulo: Andrei, 2006, p.113-27.

FREITAS, E.V. Diabetes Mellitus. In: FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p.776-86.

_____; MIRANDA, R.D. Parâmetros clínicos do envelhecimento e Avaliação Geriátrica Ampla. In: FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p.900-9.

FULMER, T.; FOREMAN, M.D.; ZWICKER, D. Medicação em idosos. In: MEZEY, M.D. *et al.* **Protocolos em enfermagem geriátrica.** São Paulo: Andrei, 2006, p.217-37.

GAIÃO, L.R.; ALMEIDA, M.E.L.; HEUKELBACH, J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição na cidade de Fortaleza, Ceará. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.8, n.3, p.316-23, set 2005.

GARRIDO, R.; MENEZES, P.R. O Brasil está envelhecendo: boas e más noticias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.24, supl. 1, p.3-6, abr. 2002.

GEIB, L.T.C. *et al.* Sono e envelhecimento. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.25, n.3, p.453-65, set./dez. 2003.

GOLDENBERG, P.; SCHENKMAN, S.; FRANCO, L.J. Prevalência de Diabetes Mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.6, n.1, p.18-28, 2003.

GORDILHO, A. *et al.* **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI, 2000.

GORZONI, M.L.; PASSARELLI, M.C.G. Farmacologia e terapêutica na velhice. In: FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p.942-9.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Indicadores sociodemográficos:** prospectivos para o Brasil 1991-2030. Rio de Janeiro, 2006a.

_____. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios**. Rio de Janeiro, v. 27, 2006b.

_____. **Contagem da população 2007**. Rio de Janeiro, 2007.

KOERICH, M.S. *et al.* Sistematização da Assistência em Saúde: aproximando o saber acadêmico, o saber-fazer e o legislar em saúde. **Acta Paul. Enferm.**, v.20, n.4, p.446-51, 2007.

KRESEVIC, D.M.; MEZEY, M. Avaliação funcional. In: MEZEY, M.D. *et al.* **Protocolos em enfermagem geriátrica**. São Paulo: Andrei, 2006, p.51-66.

LACKS, J. *et al.* Mini-Mental State Examination norms in a community-dwelling sample of elderly with low schooling in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.2, p.315-9, fev 2007.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARRA, T.A. *et al.* Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. **Rev. bras. Fisioter**, v.11, n.4, p.267-73, jul./ago.2007

MELLO, A.L.S.F.; ERDMANN, A.L. Revelando contradições e incorporando melhores práticas no cuidado à saúde bucal de idosos. **Physis**, v.17, n.1, p.139-56, jan/abr 2007.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M.; **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**, 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.363-72, 2007.

NAPOLEÃO, A.A. *et al.* Análise da produção científica sobre a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) de 1980 a 2004. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.14, n.4, p.608-13, jul/ago 2006.

NASCIMENTO, K.C. *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.42, n.4, p.643-8, 2008.

NEVES, R.S. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Reabilitação segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Rev. Bras. Enferm.**, v.59, n.4. p.556-9, jul/ago 2006.

North American Nursing Diagnosis Association – NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed, 2008.

OLIVEIRA, D.L.C.; GORETTI, L.C.; PEREIRA, L.S.M. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. **Rev. Bras. Fisioter.**, v.10, n.1, p.91-6, 2006.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAUEN, M.S. *et al.* Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados. **Rev. Nutr.**, v.21, n.3, p.303-10, 2008.

REIS, S.C.G.B. *et al.* Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia – GO, 2003. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.8, n.1, p.67-73, mar. 2005.

RESNICK, B. Prevenção de quedas em cuidados emergenciais. In: MEZEY, M.D. *et al.* **Protocolos em enfermagem geriátrica**. São Paulo: Andrei, 2006, p.153-75.

RIBEIRO FILHO, S.T. Quedas e distúrbios da marcha. In: VERAS, R.; LOURENÇO, R. **Formação humana em geriatria e gerontologia**: uma perspectiva interdisciplinar. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2006, p.284-7.

RISNER, P.B. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: GRIFFITH-KENNEY, J.; CHRISTENSEN, P.J. **Nursing Process**: application of Theories, Frameworks and Models. 3th ed. St. Louis: Mosby, 1990, p.132-57.

RODRIGUES, R.A.P. *et al.* Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. **Acta Paul. Enferm.**, v.21, n.4, p.643-8, 2008.

RODRÍGUEZ, C.M. Sono e insônia no idoso. In: SALDANHA, A.L; CALDAS, C.P. **Saúde do Idoso**: a arte de cuidar. 2 ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004, p.100-9.

ROSA, R.S. *et al.* Internações por Diabetes Mellitus como diagnóstico principal na Rede Pública do Brasil, 1999-2001. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.10, n.4, p.465-78, 2007.

SILVA, M.J. *et al.* Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária da cidade de Fortaleza – Ceará. **Acta Paul. Enferm.**, v. 19, n.2, p.201-6, 2006.

Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD. **Tratamento e acompanhamento da Diabetes Mellitus:** diretrizes da SBD 2007. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2007.

SOUSA, J.A.V. **Adaptação de idosos residentes em uma instituição asilar**: um estudo a luz de Callista Roy. 2006. 45 f. Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2006.

SOUSA, J.A.V. **Jogo do envelhecimento**: estratégia para sensibilização de cuidadores de idosos institucionalizados. 2008. 37f. Monografia (Curso de Especialização em Saúde do Idoso) – Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2008.

TANNURE, M.C.; GONÇALVES, A.M.P. Taxonomia NOC. In: TANNURE, M.C.; GONÇALVES, A.M.P. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008a, p. 119-25.

_____; _____. Teorias de enfermagem. In: TANNURE, M.C.; GONÇALVES , A.M.P. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**: guia pratico. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008b, p.5-14.

TONIOLO NETO, J.; PINTARELLI, V.L.; YAMATTO, T.H. **À beira do leito**: geriatria e gerontologia na prática hospitalar. São Paulo: Manole, 2007.

VERAS, R.P. **País jovem com cabelos brancos:** a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

World Health Organization – WHO. **Envelhecimento Ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2005.

YASSUDA, M.S.; ABREU, V.P.S. Avaliação cognitiva. In: FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p.1252-9.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Jacy Aurelia Vieira de Sousa, mestranda em Cuidados Clínicos em Saude, estou realizando uma pesquisa chamada: CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM AO IDOSO DIABÉTICO INSTITUCIONALIZADO: REVELANDO DIAGNÓSTICOS.

Neste estudo, objetivo identificar o perfil dos idosos diabéticos residentes em um abrigo; realizar avaliação física e mental destes idosos e, a partir dos resultados obtidos, identificar diagnósticos e intervenções de enfermagem para esta clientela.

Garanto que sua identidade, bem como as informações obtidas serão utilizadas apenas neste estudo. Asseguro que o(a) senhor(a) pode retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer espécie de prejuízo.

Caso necessite entrar em contato comigo, informo de que forma possa me contactar:

Pesquisadora: Jacy Sousa
Email: jacy.sousa@ig.com.br
Telefone: (85) 99920365

_____

Assinatura do pesquisado

APÊNDICE B – GUIA SIMPLIFICADO PARA EXAME FÍSICO EM IDOSOS

Nome: **Idade:**

Sinais Vitais: T°: PA: FR: P:

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

Nutrição

Utilização de próteses?

Avaliar mastigação e deglutição

Eliminação

Uso de fralda/sonda?

Incontinência fecal/vesical?

Integridade Cutâneo-mucosa

Presença de lesões/edema/hematomas na pele?

Ressecamento cutâneo?

Cianose/palidez nas extremidades?

Locomoção

Deambula/Uso somente de cadeira de rodas?

Diminuição de força muscular?

Marcha: passos lentos/movimentos bruscos?

Dificuldade para levantar da cadeira/subir escadas?

Sono e repouso

Padrão de sono: agitado/leve/pesado:

Repousa durante o dia? Por quanto tempo?

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

☐ Agitado	☐ Inseguro	☐ Depressivo	☐ Apático
☐ Cooperativo	☐ Tenso	☐ Eufórico	☐ Anti-social
☐ Angustiado	☐ Ansioso	☐ Calmo	☐ Alegre

APÊNDICE C– INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Identificação:	
Nome:	
Sexo:	**Idade:**
PA:	**Fuma:** ( ) Sim ( ) Não
Glicemia:	
Escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) Fundamental Incompleto ( ) Fundamental Completo ( ) Médio Incompleto ( ) Médio Completo ( ) Superior Incompleto ( ) Superior Completo	
Outras doenças presentes:	
Medicamentos utilizados:	
Infecções atuais: ( ) Sim, _____ ( ) Não	
Histórico de infecções:	

ANEXOS

ANEXO I – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL*

Paciente: _____

Avaliador: _____ Data da Avaliação: ___/___/___

ORIENTAÇÃO TEMPORAL (5 pontos)
- *Dia da semana* (1 ponto) _____ ☐
- *Dia do mês* (1 ponto) _____ ☐
- *Mês* (1 ponto) _____ ☐
- *Ano* (1 ponto) _____ ☐
- *Hora aproximada* (1 ponto) _____ ☐

ORIENTAÇÃO ESPACIAL (5 pontos)
- *Local genérico* (residência, hospital, clínica) (1 ponto) _____ ☐
- *Local específico* (andar ou setor) (1 ponto) _____ ☐
- *Bairro ou rua próxima* (1 ponto) _____ ☐
- *Cidade* (1 ponto) _____ ☐
- *Estado* (1 ponto) _____ ☐

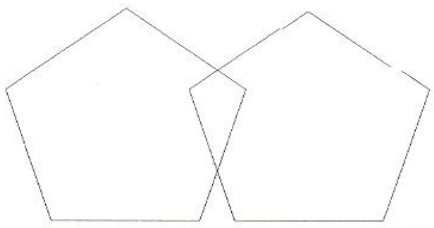
MEMÓRIA DE FIXAÇÃO (3 pontos)
- *Repetir:* Vaso, carro, tijolo.
  1 ponto para cada palavra repetida na primeira tentativa _____ ☐
  Repita até as três palavras serem repetidas (máximo de 5 tentativas

ATENÇÃO E CÁLCULO (5 pontos)
- *Subtração:* 100-7 sucessivamente, por 5 vezes
  (1 ponto para cada cálculo correto) _____ ☐

MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO (3 pontos)
- *Lembrar* as 3 palavras repetidas anteriormente (em MEMÓRIA DE FIXAÇÃO)
  (1 ponto por palavra certa) _____ ☐

LINGUAGEM (8 pontos)
- *Nomear objetos:* um relógio e uma caneta (2 pontos) _____ ☐
- *Repetir:* "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto) _____ ☐
- *Seguir comando verbal:* "pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos) _____ ☐
- *Ler e seguir comando escrito (FRASE):* "feche os olhos" (1 ponto) _____ ☐
- *Escrever uma frase* (1 ponto) _____ ☐

PRAXIA CONSTRUTIVA (1 ponto)
- *Copiar um desenho* (1 ponto) _____ ☐



ESCORE: ____/30

* Normas sugeridas para o uso do mini-exame do estado mental (MEEM) no Brasil. Brucki SMD, Nitrini R e col. *In press*

ANEXO II – ESCALA DE ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (AVDS)

APÊNDICE 22

Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) de Katz

Atividade	Independente	Sim	Não
1. Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo		
2. Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos		
3. Higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala)		
4. Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala)		
5. Continência	Controla completamente urina e fezes		
6. Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)		

O escore total é o somatório de respostas "sim". Total de seis pontos significa independência para AVD; quatro pontos, dependência parcial; dois pontos, dependência importante.
Adaptado de Katz S, Downs TD, Cash HR et al. *Gerontologist*, 1970; *10*:20-30.