



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS
EM ENFERMAGEM E SAÚDE
MESTRADO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE
SAMIA MARA BARROS DE QUEIROZ

DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM
IDOSOS COM TRAUMAS MUSCULOESQUELÉTICOS DE MEMBROS
INFERIORES: fundamentos para a prática clínica do enfermeiro

FORTALEZA-CEARÁ

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial, deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Queiroz, Samia Mara Barros de.

DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM IDOSOS COM TRAUMAS MUSCULOESQUELÉTICOS DE MEMBROS INFERIORES: fundamentos para a prática clínica do enfermeiro [recurso eletrônico] / Samia Mara Barros de Queiroz. - 2014.

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 144 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2014.

Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

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

1. Idosos. 2. Enfermagem. 3. Classificação. 4. Serviço Hospitalar de Emergência. 5. Ferimentos e Lesões. I. Título.

SAMIA MARA BARROS DE QUEIROZ

**DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM
IDOSOS COM TRAUMAS MUSCULOESQUELÉTICOS DE MEMBROS
INFERIORES: fundamentos para a prática clínica do enfermeiro**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação cuidados clínicos em enfermagem e saúde. Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde – CMACCLIS, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Célia de Freitas

FORTALEZA-CEARÁ

2014

SAMIA MARA BARROS DE QUEIROZ

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM
IDOSOS COM TRAUMAS MUSCULOESQUELÉTICOS DE MEMBROS
INFERIORES: fundamentos para a prática clínica do enfermeiro.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde na área de concentração do Idoso.

Aprovada em: 24/11/2014

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Maria Célia de Freitas
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Orientadora e Presidente

Profª Drª Gerídice Lorna Andrade de Moraes
Faculdade de Tecnologia do Nordeste – FATENE
Membro Efetivo

Maria Vilani Cavalcante Guedes
Universidade Estadual do Ceará - UECE
Membro Efetivo

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



Ao meu querido e amado

Ricardo Holanda de Queiroz

Um amor incondicional



AGRADECIMENTOS

À **Deus**, a quem devo a vida.

A minha querida mãe (in memoriam) pelo incentivo permanente aos meus estudos, enquanto era viva e pelos valores ensinados, sem os quais não teria conseguido viver até aqui.

À minha irmã Sandra pelo apoio e carinho, mesmo que distante sei o quanto torce por mim.

Ao meu estimado e querido irmão Junior Nocrato Barros, pelo companheirismo, a amizade e o carinho e por sempre está ali presente.

Ao meu amado esposo e companheiro Ricardo Holanda de Queiroz, que Deus me presenteou. Pelo incentivo permanente aos meus estudos, pela união, por suportar minhas ausências e pelo amor incondicional que compartilhamos.

À querida filha Marcela, pelo incentivo, amor e carinho sempre, mesmo um pouquinho distante.

Ao meu querido filho Lucas pelo incentivo, pelas contribuições por suportar muitas vezes minhas ausências e pelo amor e carinho e pelo entendimento das minhas necessidades de crescimento profissional.

Ao meu querido filho Gabriel pelo incentivo, pelo entendimento, mesmo sendo o caçula de entender e suportar muitas vezes minhas ausências e pelo amor e carinho.

À querida Profa. Dra. Maria Célia de Freitas, pela confiança depositada em mim, por todos os ensinamentos valiosos transmitidos, por todas as oportunidades oferecidas para meu crescimento profissional e também pessoal, pela atenção concedida, pela sinceridade e por fim por todo o carinho que recebi em todos os momentos.

À querida Profa. Dra. Maria Miriam da Nóbrega, pelas valiosas contribuições dadas à qualificação e pela atenção.

À querida Profa. Dra. Maria Vilani Guedes, pelo incentivo, pelos momentos dispensados a tirar minhas dúvidas, e principalmente pelas contribuições científicas em todo o mestrado.

À querida amiga Dra. Rita Neuma Dantas Cavalcante, de Abreu pelo incentivo desde o início desta caminhada, por acreditar em mim.

À querida amiga e irmã Me Edina Araújo Rodrigues, pelo incentivo, pelo carinho e amizade mesmo que de longe.

Aos idosos que, estiveram ali nos seus momentos de dor, mas demonstrando a receptividade de contribuir com a pesquisa, os quais sem eles esta não teria sido possível

Às minhas queridas pupilas Izabel Nery e Camila Bezerra, pelas valorosas contribuições e pelo carinho e atenção dispensados, e sempre se dispuseram a ajudar-me.

À mais nova amiga Daisy Terezinha Reis Coutinho, pelo carinho e pelas contribuições, principalmente nos momentos de coleta de dados.

À Vania pelo apoio concedido durante todo o mestrado, por toda ajuda ofertada.

Às professoras do Mestrado Acadêmico de Enfermagem em Cuidados Clínicos, pelos conhecimentos e experiências compartilhadas durante o curso.

Às minhas amigas de turma, por cada sorriso e abraço, fundamentais para a concretização deste sonho.

À todas as amigas do grupo de pesquisa Cuidado Clínico de Enfermagem ao idoso e as Práticas Educativas, pelo apoio, incentivo e carinho, especialmente a Bruna Cavalcante, Thayanna e Daisy pelo apoio na coleta de dados.

A todos aqui citados e aqueles que contribuíram para a realização do Curso de Mestrado
UM MUITO OBRIGADO!

RESUMO

QUEIROZ, Samia Mara Barros de. **DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM IDOSOS COM TRAUMAS MUSCULOESQUELÉTICOS DE MEMBROS INFERIORES: Fundamentos para a prática clínica do enfermeiro.** Fortaleza, 2014. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde). Universidade Estadual do Ceará, 2014. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Célia de Freitas.

Introdução: O envelhecimento, importante no foco das políticas públicas e tema de muitos estudos no mundo e no Brasil, no qual dados estatísticos revelam que até 2050, o número de idosos representará dois bilhões, 80% destes nos países em desenvolvimento. Com vistas a rever o cuidado ao idoso, o enfermeiro deve estar atento às mudanças no cenário nacional acerca do envelhecimento humano, de maneira individualizada e integralizada, respeitando suas limitações físicas e psicológicas. Por um processo de senescência saudável, idosos estão expostos a acidentes domésticos, as quedas, podendo culminar em incapacidades funcionais (imobilidades) e em óbito decorrente de complicações. O enfermeiro fundamentado cientificamente, deve planejar e adotar medidas de proteção, com vistas a prevenir complicações à pessoa idosa. Fundamentada em Virgínia Henderson, embasado em tecnologias próprias, o processo de enfermagem e utilizando-se de um sistema de linguagem simples, é possível estruturar e direcionar o cuidado ao idoso com traumas musculoesqueléticos. Com o intuito de melhorar a qualidade da assistência de enfermagem, e diminuição de complicações durante o internamento do idoso, pretende-se responder ao seguinte questionamento: Quais os enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, com base na CIPE[®] podem ser identificados, em idosos vítimas de traumas musculoesqueléticos de membros inferiores segundo o referencial teórico de Virgínia Henderson? **Objetivos:** Identificar as demandas de necessidades dos idosos vítimas de traumas musculoesqueléticos de membros inferiores, segundo Virgínia Henderson e elaborar enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em idosos vítimas de trauma musculoesquelético de membros inferiores, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), a partir das demandas de necessidades. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, exploratório e observacional. O cenário da investigação foi a unidade de idosos de um hospital público de Fortaleza. A população foi constituída por idosos internados com traumas musculoesqueléticos de membros inferiores de ambos os sexos, constituída por 133 idosos, considerou-se como critérios de inclusão: ter cognição preservada. E de exclusão: idosos com diagnóstico de traumas musculoesquelético de membros inferiores, associado ao diagnóstico de trauma crânio encefálico (TCE) e queimaduras. Coleta de dados realizada de janeiro a agosto de 2014, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Nº 501.763 de 19 de dezembro de 2013. **Resultados:** Sexo feminino (52,6%); média de

idade $78,7 \pm 9,9$ anos, provenientes do interior do Estado (63,3 %); tabagistas (31,6%); etilistas (21,8%); uso de medicamentos (78,6%); hipertensos (42,9%); diabéticos (19,5%); fraturas de diáfise de fêmur (64,75%); colo de fêmur (20,3%); trocânter (21,8%) e lesões de pele (100%). Os enunciados diagnósticos desenvolvidos contemplaram todas as necessidades humanas intrínsecas ao idoso, a partir do referencial de Virgínia Henderson, raciocinou-se com Alfaro-LeFreve, Foram construídos 357 termos, 97 enunciados diagnósticos 109 resultados e 183 intervenções de enfermagem, distribuídas pelos componentes do cuidado da teórica. **Considerações finais:** Os objetivos do estudo foram alcançados, resultando em uma coletânea de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem fundamentado em Virgínia Henderson e baseado na CIPE® para idosos vítimas de traumas musculoesqueléticos de membros inferiores, para posteriormente vislumbrarmos a possibilidade da construção de um subconjunto terminológico para idosos com traumas musculoesqueléticos.

Descritores: Idosos; Enfermagem; Classificação; Serviço hospitalar de emergência; Ferimentos e lesões.

ABSTRACT

QUEIROZ, Samia Mara Barros de. **NURSING DIAGNOSES, OUTCOMES AND INTERVENTIONS IN ELDERLY WITH LOWER EXTREMITY MUSCULOSKELETAL TRAUMA: Foundations of clinical nursing practice.** Fortaleza, 2014. Dissertation (Academic Masters in Clinical Care in Nursing and Health). Universidade Estadual do Ceará, 2014. Advisor: PhD Professor Maria Celia de Freitas.

Introduction: Aging constitutes an important focus of public policies and is the subject of many studies in Brazil and in the world. Statistics reveal that by 2050, elderly will represent two billion people, with 80% of them in developing countries. In order to review the elderly care, nurses must be aware of changes in the national scenario about human aging, individually and comprehensively, respecting their physical and psychological limitations. For a healthy aging process, elderly are exposed to domestic accidents and falls, which might result in functional disabilities (immobility) and death due to complications. Scientifically based nursing should plan and adopt protective measures in order to prevent complications for elderly people. Based on Virginia Henderson, on its own technologies, on the nursing process, and through a simple language system, it is possible to structure and direct the care for the elderly with musculoskeletal trauma. Seeking to improve the quality of nursing care and reduce the complications during hospitalization of the elderly, we aimed to answer the following question: What are the statements of nursing diagnoses, outcomes and interventions based on the ICNP® that can be identified in elderly victims of lower extremity musculoskeletal trauma according to the theoretical framework of Virginia Henderson?

Objectives: To identify the demands of needs of elderly victims of lower extremity musculoskeletal trauma, according to Virginia Henderson, and develop statements of nursing diagnoses, outcomes and interventions in elderly with lower extremity musculoskeletal trauma, according to the International Classification for Nursing Practice (ICNP®), from the demands of needs. **Methods:** Cross-sectional, descriptive, exploratory, and observational study. The investigation took place in the elderly unit of a public hospital in Fortaleza-CE, Brazil. The population consisted of 133 elderly patients of both sexes hospitalized with lower extremity musculoskeletal trauma. We considered as inclusion criteria: having preserved cognition; and as exclusion: elderly diagnosed with lower extremity musculoskeletal trauma associated with the diagnosis of traumatic brain injury (TBI) and burns. Data collection occurred from January to August 2014, after approval by the Research Ethics Committee under protocol No. 501,763 of December 19, 2013. **Results:** Females (52.6%); mean age of 78.7 ±9.9 years; from the interior of the state (63.3%); smokers (31.6%); drinkers (21.8%); using medication (78.6%); hypertensive (42.9%); diabetic (19.5%); femoral shaft fractures (64.75%); femoral neck (20.3%); trochanteric (21.8%); and skin lesions (100%). The diagnostic statements developed considered all intrinsic human needs of the elderly from the theoretical framework of Virginia Henderson, reasoned with Alfaró-Lefevre.

The study constructed 357 terms, 97 nursing diagnoses statements, 109 outcomes, and 183 interventions distributed by care components of the theoretical framework. **Final considerations:** The study objectives were achieved, resulting in a collection of nursing diagnoses, outcomes, and interventions based on Virginia Henderson and on the ICNP® for elderly victims of lower extremity musculoskeletal trauma, for then to glimpse the possibility of constructing a terminological subset for the elderly with musculoskeletal trauma.

Keywords: Elderly; Nursing; Classification; Emergency Hospital Service; Wounds and injuries.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Descrição dos 7 eixos CIPE [®] , Fortaleza – CE, 2014.	41
Quadro 2.	Descrição das 14 Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) de Virgínia Henderson, Fortaleza – CE, 2014.	59
Quadro 3.	Inter relação entre a necessidade de manter a temperatura do corpo dentro dos limites normais e outras NHFs, Fortaleza – CE, 2014.	63
Quadro 4.	Instruções entre a necessidade de evitar os perigos e as outras Necessidades Humanas Fundamentais (NHF), Fortaleza – CE, 2014.	65
Quadro 5.	Mudanças fisiológicas do envelhecimento relacionadas com os sentidos, Fortaleza – CE, 2014.	67
Quadro 6.	Termos do eixo foco, constantes na CIPE [®] e não constantes da CIPE [®] que foram utilizados para a elaboração dos enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, Fortaleza - CE, 2014.	89
Quadro 7.	Enunciados diagnósticos de enfermagem construídos com base na CIPE [®] e nas condições clínicas dos idosos, Fortaleza – CE, 2014.	91
Quadro 8.	Enunciados diagnósticos de enfermagem construídos com base na CIPE [®] e organizadas por Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) de Virgínia Henderson, Fortaleza – CE, 2014.	92
Quadro 9.	Distribuição dos enunciados diagnósticos e resultados de enfermagem do idoso com trauma musculoesquelético, fundamentados em Virgínia Henderson, de acordo com a CIPE [®] , Fortaleza – CE, 2014.	95
Quadro 10.	Distribuição dos resultados de enfermagem fundamentados em Virgínia Henderson, de acordo com a CIPE [®] , Fortaleza - CE, 2014.	97
Quadro 11.	Distribuição das intervenções de enfermagem fundamentadas em Virgínia Henderson, de acordo com a CIPE [®] , Fortaleza - CE, 2014.	99
Quadro 12.	Distribuição dos enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem baseadas na CIPE [®] , organizadas pelos componentes do cuidado biofisiológico de acordo com as necessidades de respirar normalmente, Fortaleza - CE, 2014.	101
Quadro 13.	Distribuição dos enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem baseadas na CIPE [®] , organizadas pelos componentes do cuidado biofisiológico de acordo com as necessidades de comer e beber de forma adequada, Fortaleza - CE, 2014.	102

Quadro 14.	Distribuição dos enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem baseadas na CIPE [®] , organizadas pelos componentes do cuidado biofisiológico de acordo com as necessidades de eliminar resíduos corporais, Fortaleza - CE, 2014.	102
Quadro 15.	Distribuição dos enunciados diagnósticos e Quadro 9 intervenções de enfermagem baseadas na CIPE [®] , organizadas pelos componentes do cuidado biofisiológico de acordo com as necessidades de mover-se e manter a postura correta, Fortaleza - CE, 2014.	103
Quadro 16.	Distribuição dos enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem baseadas na CIPE [®] , organizadas pelos componentes do cuidado biofisiológico de acordo com as necessidades de dormir e repousar, Fortaleza - CE, 2014.	104
Quadro 17.	Distribuição dos enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem baseadas na CIPE [®] , organizadas pelos componentes do cuidado biofisiológico de acordo com as necessidades de vestir-se e despir-se, Fortaleza - CE, 2014.	105
Quadro 18.	Distribuição dos enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem baseadas na CIPE [®] , organizadas pelos componentes do cuidado biofisiológico de acordo com as necessidades de manter a temperatura corporal dentro dos limites normais, Fortaleza - CE, 2014.	105
Quadro 19.	Distribuição dos enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem baseados na CIPE [®] , organizados pelos componentes do cuidado biofisiológico de acordo com as necessidades de manter o corpo limpo e tegumentos protegidos normais, Fortaleza - CE, 2014.	106
Quadro 20.	Distribuição dos enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem baseados na CIPE [®] , organizadas pelos componentes do cuidado biofisiológico de acordo com as necessidades de evitar perigos ambientais, Fortaleza - CE, 2014.	107
Quadro 21.	Distribuição dos enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem baseados na CIPE [®] , organizadas pelos componentes do cuidado Psicológicos Espiritual/moral e social de acordo com as Necessidades Humanas Fundamentais (NHF), Fortaleza - CE, 2014.	107
Quadro 22.	Distribuição dos enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem baseados na CIPE [®] , organizadas pelos componentes do cuidado biofisiológico de acordo com as necessidades de mover-se e manter a postura adequada, Fortaleza - CE, 2014.	114

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e sua trajetória – Fonte: a própria autora.	41
Figura 2.	Modelo ISO de terminologia de referência para diagnósticos de enfermagem – Fonte ISO 18104:2003, Genebra, Suíça.	47
Figura 3.	Modelo ISO de terminologia de referência para ações de enfermagem – Fonte ISO 18104:2003, Genebra, Suíça.	48
Figura 4.	Pressupostos de Virgínia Henderson.	56
Figura 5.	As Necessidades Humanas Fundamentais (NHF), segundo Virgínia Henderson sobre as quais se desenrolam os cuidados de enfermagem e seus componentes.	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição do número de idosos, segundo dados sociodemográficos e doença de base, Fortaleza - CE, 2014.	77
Tabela 2.	Distribuição do número de idosos segundo as necessidades fundamentais e condições clínicas, Fortaleza - CE, 2014.	79
Tabela 3.	Tipos de lesões de pele que os idosos internados apresentavam no momento da avaliação clínica, Fortaleza – CE, 2014.	81
Tabela 4.	Análise da razão de chance de queda da própria altura (QPA) com as características demográficas e clínicas dos idosos internados, Fortaleza - CE, 2014.	84
Tabela 5.	Distribuição das vítimas segundo a etiologia do trauma, Fortaleza – CE, 2014.	85
Tabela 6.	Distribuição do número de comprometimentos musculoesqueléticos por queda da própria altura, Fortaleza – CE, 2014.	85
Tabela 7.	Distribuição dos idosos por tempo de internação hospitalar, Fortaleza – CE, 2014.	86

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	OBJETIVOS	27
3	REVISÃO DE LITERATURA	29
3.1	Envelhecimento humano na sociedade.....	29
3.2	Envelhecimento humano, velhice e idoso.....	31
3.3	Processo de Enfermagem.....	34
3.4	Sistema de Classificação em Enfermagem.....	38
3.5	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e sua trajetória	41
3.6	Norma ISO 18104.....	46
4	REFERENCIAL TEÓRICO DE VIRGÍNIA HENDERSON	51
4.1	A teórica e sua obra	51
4.2	Pressupostos e postulados de Virgínia Henderson	53
4.3	Componentes do Cuidado - Necessidades Humanas Fundamentais (NHF)	57
4.4	Papel do Enfermeiro	69
5	METODOLOGIA	71
5.1	Tipo de natureza e estudo.....	71
5.2	Local do estudo.....	71
5.3	População e amostra.....	71
5.4	Coleta de dados.....	72
5.5	Elaboração dos enunciados diagnósticos.....	74
5.6	Análise de dados.....	74
5.7	Aspectos éticos.....	75
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	77
6.1	Caracterização sociodemográfica dos idosos vítimas de traumas musculoesqueléticos.....	77
6.2	Condições clínicas dos idosos internados vítimas de trauma musculoesquelético.....	79
6.3	Construção dos Enunciados Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem.....	88
7	CONCLUSÕES	103

REFERÊNCIAS.....	121
APÊNDICES.....	126
APÊNDICE A.....	127
APÊNDICE B.....	128
APÊNDICE C.....	132
ANEXOS.....	138
ANEXO A.....	139
ANEXO B.....	143



INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional um fenômeno que anteriormente jamais fora vivenciado na história da humanidade, hoje é um ponto importante no foco das políticas públicas e representativo tema de muitos estudos no mundo e no Brasil, no qual mesmo somando à queda das taxas de natalidade dos idosos a proporção de pessoas idosas (com 60 anos ou mais) está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária, no qual dados estatísticos revelam que até 2050, o número de idosos representará dois bilhões, sendo 80% destes nos países em desenvolvimento (WHO, 2005).

Somando-se as situações citadas a profundas transformações nas esferas econômica, social e política, nos seios familiares refletem ao mesmo tempo como resultado do processo de desenvolvimento e transformação da sociedade brasileira.

Com vistas a rever o cuidado ao idoso o enfermeiro deve estar atento às mudanças no cenário nacional acerca do envelhecimento humano, para que aconteça de maneira individualizada e integralizada, respeitando suas limitações físicas e psicológicas. Desse modo poderá contribuir para um processo de senescência saudável.

Contudo, o envelhecimento é um fenômeno natural e universal. Tal processo caracteriza-se por redução das funções fisiológicas e cognitivas, variáveis entre os indivíduos e os diferentes sistemas do corpo de um mesmo indivíduo, predispondo os idosos a situações de fragilidade e perda de autonomia (ELIOPOULOS, 2011).

Atualmente, muitos idosos estão expostos a acidentes domésticos, entre os quais, as quedas. Esses eventos são bastante comuns e podem culminar em incapacidades funcionais (imobilidades) e até em óbito em decorrência de complicações, que tais quedas podem consequentemente favorecer a ocorrência de infecções, úlceras por pressão, entre outras.

Nessa população, as quedas recorrentes são sinais visíveis de uma situação clínica de fragilidade, imobilidade, instabilidade e, muitas vezes, de doenças agudas ou crônicas não corretamente diagnosticadas. Além disso, de modo geral, as

quedas frequentemente contribuem para o declínio funcional em face das lesões ósseas e musculares (traumas musculoesqueléticos) resultantes da limitação da atividade física diária, do receio que o indivíduo tem de sofrer novas quedas e da perda de mobilidade e independência para a realização das tarefas habituais e básicas da vida diária (FREITAS, 2012).

Os traumas musculoesqueléticos de membros inferiores compreendem a maior parte dos acidentes no idoso, e as fraturas de colo de fêmur são as que mais causam imobilidade funcional, por ser o fêmur o principal osso responsável pela sustentação do peso do indivíduo, o mais longo, o mais volumoso e o mais resistente do corpo. A fratura do colo do fêmur é encontrada repetidamente em mulheres acima de 60 anos e sua incidência vem aumentando em várias partes do mundo em virtude do acréscimo da expectativa de vida nessa faixa etária. (THOMPSON, 2002).

Conforme se sabe, o trauma é a quinta causa de mortalidade na faixa etária superior a 65 anos, sendo a queda responsável por 70% das mortes acidentais em pessoas acima de 75 anos. Quase metade das mortes advém de uma fratura de fêmur (BUKSMAN, 2008).

Embora o trauma seja mais frequente em pessoas jovens e as emergências geriátricas sejam geralmente clínicas, o número de idosos traumatizados é relevante, pois lesões que poderiam ser facilmente toleradas por pacientes mais jovens podem resultar em índices consideráveis de mortalidade nos idosos (LIMA, 2011).

Neste cenário, os traumas musculoesqueléticos de membros inferiores têm ampliado a demanda nas instituições hospitalares. Conseqüentemente elevam os custos hospitalares e retiram as pessoas idosas dos seus domicílios. Ademais, as levam às condições de incapacidades físicas funcionais importantes. Há, portanto, a necessidade de profissionais qualificados e sensibilizados para cuidar desta população.

Compete aos enfermeiros, responsáveis pela efetivação do cuidado fundamentado em conhecimento científico, planejar e adotar medidas de proteção, com vistas a prevenir complicações à pessoa idosa. Deve-se atentar para os adoecimentos da pele, respiratórios e motores, em especial. Para isso, é preciso adotar medidas em consonância com as respostas humanas apresentadas pelo idoso. Assim, descobrir ou criar razões que deem significado à vida destes, parece ser uma questão sempre presente nas ações dos profissionais que dedicados ao cuidado à

eles, independentemente do contexto no qual estão inseridos (FREITAS; QUEIRÓS; SOUZA, 2010).

Logo, a Enfermagem, deve ser capaz de perceber os problemas que acometem os pacientes idosos, por meio de um exame clínico completo, interação efetiva com estes pacientes, observação das suas respostas à doença, cuidado clínico centrado no ser humano e não na doença. Ou seja, as intervenções precisam ser direcionadas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa implementando a recuperação da capacidade funcional, bem como a prevenção de novos traumas.

Segundo Virgínia Henderson, a função própria da Enfermagem é assistir o indivíduo, são ou enfermo, na realização daquelas atividades que contribuem para a saúde ou para a recuperação, que ele realizaria se tivesse a força, à vontade ou o conhecimento necessário (HENDERSON, 1966).

Ainda segundo a teórica, o enfermeiro deve cuidar de forma a estabelecer no idoso sua capacidade de se autorreger com ênfase nas necessidades de mover-se; de vestir-se e despir-se; e dormir e descansar (HENDERSON, 2004).

O cuidado clínico de enfermagem embasado em tecnologias próprias, como o processo de enfermagem, e fundamentado nas Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) de Virgínia Henderson possibilita ações reflexivas. Desse modo levando o profissional a embasar sua prática aprofundando conhecimentos quanto às alterações peculiares do envelhecimento, desempenhando atividades favoráveis à saúde e recuperação do idoso.

Como estratégia de cuidado, o processo de enfermagem, instrumento metodológico, propicia identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como a clientela responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais. Ao mesmo tempo, determina que aspectos dessas respostas exigem ação do profissional de enfermagem, apontando-se a aplicabilidade dos diagnósticos de enfermagem, resultados e intervenções (GARCIA; NOBREGA 2009).

Entre a clientela atendida/cuidada pelo enfermeiro, encontra-se o idoso (pessoa com idade \geq 60anos) com peculiaridades especiais que exigem conhecimento tanto na senescência, quanto na senilidade (BRASIL, 2003).

Assim, a utilização de uma linguagem de enfermagem (Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem) favorece o cuidado efetivo a essas pessoas, no qual a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

(CIPE®) torna-se relevante, sobretudo por ser um sistema útil de linguagem simples e objetiva para estruturar e direcionar o cuidado pelos profissionais de enfermagem e servir aos múltiplos propósitos. Ademais, é um facilitador para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Define-se CIPE® por um sistema de linguagem unificada de enfermagem, uma terminologia instrumental para a prática de enfermagem que facilita a combinação cruzada de termos locais com as terminologias existentes, e assim permite formular um diagnóstico de enfermagem, delinear intervenções e identificar resultados aos cuidados prescritos.

Portanto, a CIPE® é considerada uma tecnologia de informação, entendida como recursos não humanos (softwares ou hardwares), os quais podem tornar a prática dos profissionais da enfermagem visível no conjunto de dados, locais, nacionais e internacionais, sobre a saúde, influenciando na elaboração de políticas, tais como as de saúde e de educação.

A CIPE® representa uma ferramenta que produz informações para a tomada de decisão do enfermeiro, mediante uma linguagem de enfermagem unificada e universal (NÓBREGA, 2008).

Queiroz, Abreu e Freitas (2012) confirmaram que a utilização da CIPE® tem sido objeto de estudo dos enfermeiros nos Estados da Paraíba, Espírito Santo, Rio Grande do Sul, Paraná, Brasília e Ceará, sendo neste último, ainda escasso, especialmente com idosos.

Vale ressaltar que esse sistema está sendo desenvolvido para ser considerado um marco unificador e representativo da totalidade da prática de enfermagem em todos os setores, gerais e especializados, em todas as regiões geográficas e em todas as culturas. Inegavelmente, até o presente, muitos avanços foram alcançados no intuito de se desenvolver uma classificação internacional para a prática de enfermagem (GARCIA, 2000).

Com o intuito de melhorar a qualidade da assistência de enfermagem, e conseqüente diminuição de complicações durante o internamento do idoso, pretende-se responder ao seguinte questionamento:

Quais os enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, com base na CIPE® podem ser identificados em idosos vítimas de traumas musculoesqueléticos de membros inferiores segundo o referencial teórico de Virgínia Henderson?

Frente ao questionamento, o interesse pela temática, a pessoa idosa vítima de traumas, bem como para realizar o estudo, fortalecido durante o exercício profissional e a vivência como enfermeira assistencial, no setor de emergência e unidade de internação traumatológica, de um hospital de referência em traumas musculoesqueléticos.

Nesse cenário de prática clínica da equipe multidisciplinar muitas habilidades são sedimentadas pelo contínuo viver e experienciar diferentes casos e condições de adoecimentos. Eram admitidas frequentemente pessoas com traumas e, em especial, as idosas, tinham como causas as quedas, os acidentes automobilísticos e as ações de violências e maus-tratos.

As pessoas idosas atendidas apresentavam severos comprometimentos musculoesqueléticos com acentuada perda de mobilidade física de comprometimento da autonomia e independência, observado, especialmente quando os mesmos tinham lesão de membros inferiores. Nos momentos, vivenciados percebeu-se que despontava-se a necessidade de usar uma linguagem própria da Enfermagem para organizar e planejar o cuidado aos idosos com trauma musculoesquelético de membros inferiores de forma que eles retomassem suas atividades anteriores. Assim, dentre os sistemas de classificação de enfermagem, optou-se pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

Na certeza que a temática possibilitaria melhores conhecimentos e discussões de cuidado para Enfermagem, buscou-se enveredar novos caminhos que permitissem sedimentar o campo das ideias. Assim, realizaram-se várias buscas no Portal CAPES, com vistas a identificar estudos sobre a pessoa idosa e os traumas musculoesqueléticos, em especial os de membros inferiores. Utilizaram-se nas buscas, inicialmente, como descritores: *nursing diagnosis and elderly* em inglês e *enfermagem, idoso e traumas* em português. Como resultado obteve-se 41 artigos entre nacionais e internacionais o que fortaleceu, ainda, mais o desejo de realizar o estudo. Posteriormente, novas buscas foram lançadas com vistas a conhecer as publicações com o tema, pessoa idosa com trauma musculoesquelético associado a CIPE®.

Ademais, o exercício da prática clínica nos referidos setores instiga e estimula pesquisas que favorecem o cuidado e o qualificam. Neste âmbito, estimularam a concretização do estudo e, pode favorecer a possibilidade de sensibilização aos demais componentes da equipe de saúde do local, especialmente,

as enfermeiras para uma atenção mais compreensiva no cuidado ao idoso com trauma, e ainda a reflexão da prática do tipo de forma a se certificar que no cuidado a pessoa idosa internada vítima de traumas musculoesqueléticos de membros inferiores, são observadas as necessidades e individualidades e oferecido uma assistência organizada, fundamentada na linguagem própria da Enfermagem. Assim, o cuidado prima-se pela manutenção da capacidade funcional das pessoas idosas assistidas.

Além do explicitado, da importância da prática clínica como enfermeira da atenção terciária, fundamentada na teórica Virgínia Henderson e numa linguagem padronizada a CIPE® passei a ser Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, objetivando identificar as demandas de necessidades dos idosos vítimas de traumas musculoesqueléticos de membros inferiores, segundo Virgínia Henderson e elaborar enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem desses idosos segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), a partir das demandas de necessidades vislumbrando a aplicabilidade do cuidado clínico de enfermagem específico e científico ao idoso vítima de traumas musculoesqueléticos de membros inferiores.

Na escolha da linguagem de enfermagem, optou-se pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) por ser uma terminologia dinâmica e, de linguagem fácil, e a possibilidade de envolvimento dos profissionais da prática assistencial, pois acredita-se que o envolvimento dos profissionais no processo, fortalece a compreensão e o sucesso de implantação do mesmo, participando diretamente da construção dos enunciados diagnósticos, resultados e intervenções.

A possibilidade de que o presente estudo poderá contribuir para que os enfermeiros possam prestar uma assistência de enfermagem sistematizada, baseada em enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, identificados e adequados a população idosa com trauma musculoesquelética.

Acreditando que a utilização do processo de enfermagem, possa respaldar a prática assistencial do enfermeiro, no cuidado do idoso, esse estudo possibilitará ao mesmo a melhoria da sua prática assistencial ao idoso com diagnóstico de trauma musculoesquelético de membros inferiores, contribuindo com a recuperação e reabilitação do idoso hospitalizado, baseado nas demandas das necessidades

propostas por Virgínia Henderson e nos diagnósticos construídos pelos próprios enfermeiros no seu lócus de trabalho, fundamentado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, tornando-os sujeitos do processo.

Esse estudo demonstra a necessidade e importância de sua realização, permite a construção de conhecimentos acerca da complexidade do idoso vítima de trauma musculoesquelético, que envolve o fenômeno queda, bem como a necessidade de instigar e promover discussões sobre políticas de proteção e promoção de saúde para que estes reassumam a sua autonomia, independência e qualidade de vida.



OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

- Identificar as demandas de necessidades dos idosos vítimas de traumas musculoesqueléticos de membros inferiores, segundo Virgínia Henderson.
- Elaborar enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em idosos vítimas de trauma musculoesquelético de membros inferiores, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), a partir das demandas das necessidades.



REVISÃO DE LITERATURA

Frente à necessidade de aprofundar na temática, abordaremos assuntos relativos ao envelhecimento na sociedade, definições do envelhecimento humano e velhice; Processo de Enfermagem; Sistemas de Classificação em Enfermagem; Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® e sua trajetória e Norma ISO 18104.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Envelhecimento humano na sociedade

O aumento da população idosa no mundo vem acontecendo de forma acelerada, no qual o envelhecimento tem sido foco de muitos estudos, trazendo verdadeiras consequências para a sociedade.

No Brasil, esse processo se manifesta de forma rápida e intensa. De acordo com dados atuais, o grupo etário de 60 anos ou mais, se duplicará, em termos absolutos, no período de 2000 a 2025, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas idosas. Em 2050 esta população alcançará 22,71% da população total (IBGE, 2010).

A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, sendo a maior parte com doenças crônicas e muitos com limitações funcionais. Logo, o Brasil atingirá o perfil de um país longo caracterizado por um índice de mortalidade causado por doenças crônicas e funcionais, necessitando de cuidados especializados e constantes. Conseqüentemente ocorre uma maior procura pelos serviços de saúde, em especial, a hospitalização, mais frequente nessa faixa etária quando comparada com outras faixas etárias (VERAS, 2009).

Com a diminuição das taxas de natalidade, a população vai envelhecendo aos poucos. De acordo com estimativas elaboradas e divulgadas pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), o número de idosos deverá aumentar. Por volta do ano de 2050, haverá, no Brasil, 73 idosos para cada 100 crianças. O estudo divulgou ainda que no ano de 2050 a população brasileira será de aproximadamente 215 milhões de habitantes (IBGE, 2010).

Com esse aumento da expectativa de vida, nasce assim um triunfo para a humanidade: a longevidade. Mas em contrapartida esta traz consigo grandes desafios, no qual saímos de um paradigma de saúde pública, que a população de

risco era a infantil, com ênfase nas doenças infecciosas, de diagnósticos e tratamentos baratos (NUNES, 2012).

Apesar de estabelecidas e legitimadas várias políticas de atenção ao idoso no Brasil, desde a Política Nacional do Idoso (PNI), lei 8842/1994, que objetiva “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” e o estatuto do idoso (BRASIL, 2003) garantindo direitos das pessoas idosas e obrigando o Estado a proteger os mesmos, a sociedade, em geral, encontra-se distante da efetivação concreta, consciente e respeitosa frente ao idoso. No qual seria necessário essa efetivação nascer na família e nas escolas desde cedo, sendo ainda muito crítica a situação dos idosos no Brasil (BRASIL, 1996).

Desse modo, o envelhecimento nos desafia a produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas, já que, a proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira (MARTINS, 2007).

Hoje o panorama da sociedade é bastante diferente, necessitando de tomadas de atitudes urgentes e consoantes com a realidade da população que hoje apresentando-se de forma senescente, tornando-se imprescindível e inerente um novo olhar, pois o impacto do envelhecimento populacional carrega consigo grandes mudanças, por exemplo, o aumento das doenças crônico-degenerativas, que consequentemente traz complicações, aumenta os custos hospitalares, aumentando o tempo de estadia nestes, e assim onerando cada vez mais o setor de saúde, que investe na área hospitalar, que é de ação curativa, enquanto o setor de promoção e prevenção fica aquém do que se deveria investir.

Envelhecer sem nenhuma doença crônica é exceção, não significando portanto, que na presença de enfermidade, o idoso não consiga administrá-la no seu cotidiano. No Brasil, atualmente a população idosa cresce aceleradamente, porém com condições precárias de vida, com idosos longevos solitários, sem suporte familiar e baixa renda (NUNES, 2012).

Inegavelmente, hoje necessitamos com tamanha urgência de programas político-sociais estratégicos numa perspectiva de mudança nesse paradigma que aí está, arraigado nesta sociedade, visando uma melhor qualidade de vida.

Mudanças no estilo de vida de muitos idosos hoje, talvez venham torná-los mais ativos, no qual os avanços tecnológicos da saúde vem proporcionar uma significativa melhoria na qualidade de vida destes, levando-os conseqüentemente à mudanças comportamentais importantes para o desenvolvimento dos mesmos, mas contraditoriamente a esse processo, temos algumas exposições, que são as quedas, os acidentes de trânsito, entre outros culminando nos traumas musculoesqueléticos.

De um lado os idosos são independentes por esse acesso a mudanças no estilo de vida, enfrentam dificuldades na vida diária, necessário criar e viabilizar alternativas para que esses idosos consigam exercer seu papel de cidadão permanecendo na comunidade, com políticas que favoreçam esse processo.

Por outro lado tais dificuldades e essa falta de políticas favorecedoras e facilitadoras à vida desses idosos, podendo até mesmo levá-los ao isolamento social e mental e fragilizando-os de uma forma a não conseguirem concretamente se estabelecer como cidadãos, dificultando cada vez mais suas vidas.

3.2 Envelhecimento humano, velhice e idoso

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. Logo em condições de sobrecarga como, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica no qual o indivíduo possa necessitar de uma assistência, devido ao processo de senilidade (BRASIL, 2007).

O envelhecimento consiste em um conceito multidimensional que, embora geralmente identificado com a questão cronológica, envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociológicos. Ressalta-se também a similaridade do envelhecimento com velhice, devendo-se então estabelecer diferenças e comparações, no qual, velhice talvez represente o processo cronológico mais avançado do envelhecimento (SANT'ANNA, 2003).

Freitas, Queiroz e Souza (2010) consideram que não há uma idade universalmente aceita como limiar da velhice e que as opiniões divergem de acordo com a classe econômica e o nível cultural, e mesmo entre os estudiosos não há consenso. No olhar demográfico, a velhice está focalizada, prioritariamente, pelos limites numéricos.

O processo de envelhecimento provoca no organismo modificações biológicas, psicológicas e sociais; culminando na velhice na qual esse processo torna-se mais evidente. Como se observa e valoriza mais as aparências físicas, daí a confusão, já que a velhice é mais notável que o processo de envelhecimento por ser o estágio final deste processo.

Nesse estudo seguiremos o que preconiza o Estatuto do idoso (2003) o qual considera idoso o indivíduo que atinge 60anos de idade, e Nunes (2012) nos diz que o processo de envelhecimento tem sido implacável com o ser humano, o qual de modo gradual e irreversível caminha em uma mudança genético-biológica, psicossocial e fisiopatológica.

Na proporção que se envelhece, além das alterações próprias do processo de senilidade, o ser humano pode vivenciar por menor que seja algum agravo da saúde, seja o agudo, ou que tenha se tornado crônico, levando a consequências significativas, dentre elas: redução da qualidade das funções vitais, alterações da própria senilidade, que progride proporcionalmente com o avançar da idade, quanto mais longevos são os idosos, maior serão as alterações causadas pelo envelhecimento.

Dentre as alterações estão: diminuição da massa cerebral; diminuição da água corporal total; diminuição da função renal, redução da produção de saliva; audição, olfato e paladar diminuídos, diminuição do volume e da frequência sistólica do coração, perda do tecido adiposo, bem como a redução da elasticidade da pele, degeneração das articulações e a perda óssea, levando muitas vezes a osteoporose, que é muitas vezes causas de traumas musculoesqueléticos (ELIOPOULOS, 2011).

O idoso enfrenta grandes problemas quando a sua mobilidade é desestruturada, que é fundamental para a sua independência funcional, uma vez que é responsável pelo seu deslocamento, levando à instabilidade postural, sendo frequente no idoso e muitas vezes é responsável pelas quedas e imobilidades. As rupturas articulares, as fraturas ósseas ou as lesões graves musculares ou de um tendão afetam a capacidade de sustentação do indivíduo, assim as duas lesões que causam instabilidade do osso ou articulação são as fraturas e as luxações (PHTLS, 2012).

Nesse estudo nos deteremos as fraturas, que podem lesar o tecido muscular e os nervos que aqui vamos denominar de traumas musculoesqueléticos e mais especificamente as de membros inferiores. De um modo geral, essas são

classificadas em expostas e fechadas. Em uma fratura fechada, a pele não foi lesada pelas extremidades ósseas, enquanto na exposta, a integridade da pele foi interrompida (ÁLFARO, 2007).

As lesões musculoesqueléticas de membros inferiores, em especial as fraturas de bacia, de quadril (colo do fêmur) levam ao risco iminente de morte, nos quais as hemorragias e os choques são as principais descompensações inicialmente no idoso. As fraturas ou lesões musculoesqueléticas são eventos muito frequentes, isso se dá por causa do nosso corpo ter ossos em toda parte. As lesões variam de simples entorses e distensões dos ligamentos e tendões até fraturas expostas graves e hemorragias (NAYDUCH, 2011).

As fraturas de corpos vertebrais e de quadril são as complicações mais graves. A mortalidade das pessoas com fratura de quadril é de 10 a 20% em seis meses. Do restante, 50% precisará de algum tipo de auxílio para deambular e 25% necessitará de assistência domiciliar ou internação em casas geriátricas (BRASIL, 2007).

O trauma musculoesquelético pode ser classificado em três tipos principais: o trauma musculoesquelético isolado sem risco de vida, que são as fraturas isoladas de membros; o trauma musculoesquelético sem risco de vida, mas associado ao trauma multissistêmico com risco de vida (que são as lesões com risco de vida e fraturas de membros; e as lesões musculoesqueléticas com risco de vida que são as fraturas de bacia e do fêmur, com risco de vida, pela perda de sangue (PHTLS, 2012)

Estabelecer o mecanismo de trauma é imprescindível para um atendimento às vítimas de trauma, especialmente no que se refere ao idoso, visto que deverá agilizar o atendimento e ainda reduzir consideravelmente os riscos de complicações.

Visualizar de maneira apropriada o incidente do primeiro objeto até o último objeto que poderia ser colocado em movimento é crucial para entender o mecanismo do trauma e a sua importância (PHTLS, 2012).

Com base no mecanismo do trauma, o socorrista já deve ter um alto índice de suspeita das lesões que o paciente possa ter sofrido, e ainda estabelecer as lesões primárias e as secundárias, estabelecendo assim as prioridades a serem seguidas.

As lesões primárias são estabelecidas no exame primário que trata de identificar os problemas com riscos de vida imediatos, ou seja, tratar da manutenção da vida, que é a abertura de vias aéreas, a ventilação e a circulação e se o paciente não correr risco de vida é que se passa para o exame secundário (avaliar pulsos,

temperatura, crepitações, hematomas, lacerações, sensibilidade, perfusão de extremidades, necessidade de imobilizações, dor, dentre outras), ressaltando algumas peculiaridades do idoso (PHTLS, 2012).

Os idosos têm pouca reserva cardiovascular, e os sinais vitais não são bons indicadores no choque no idoso, o volume sanguíneo circulante diminuído, as possíveis anemias e as doenças cardiovasculares fazem do idoso vítima de trauma musculoesquelético susceptíveis a complicações no idoso, mesmo com perdas não tão consideráveis para um adulto no momento do trauma, isso justifica o controle precoce das hemorragias e da detecção e tratamento do choque hipovolêmico bem como as complicações associadas.

O atendimento inicial ao idosos com trauma musculoesquelético deve ser prioritário, com a preocupação da manutenção das funções vitais e da prevenção de complicações. A imobilidade em decorrência do trauma pode trazer inúmeras complicações biológicas, sociais e psicológicas ao idoso, nos quais a redução das morbidades deve ser o alvo dos profissionais após o idoso a manutenção das funções vitais.

A hospitalização do idoso com trauma, leva a situações de constrangimento pela não privacidade e não autonomia. A equipe interdisciplinar deve atuar de forma específica, e o cuidado clínico de enfermagem ao idoso, torna-se imprescindível na prevenção das complicações e morbidades, visto a necessidade de respeitando as peculiaridades do ser idoso, estabelecer critérios e ações para assistência adequada de qualidade, com uma prática fundamentada em teorias.

3.3 Processo de Enfermagem

A importância de uma sistematização do cuidado em enfermagem tem sido amplamente discutida e intensificada nas instituições hospitalares públicas e privadas, e mesmo que já presente no cotidiano da prática do enfermeiro, tornando-se imprescindível um olhar focado na assistência de enfermagem como principal ferramenta do enfermeiro no cuidar, o processo de enfermagem.

O Processo de Enfermagem (PE) tem representado o principal modelo metodológico para o desempenho sistemático da prática profissional, ou um instrumento tecnológico de que se lança mão para favorecer o cuidado, para organizar as condições necessárias à realização do cuidado e para documentar a prática profissional (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

O PE é um modelo capaz e habilitado para subsidiar o enfermeiro, permitindo-lhe aplicar seus conhecimentos técnicos e científicos na prática deste profissional, objetivando sistematizar e organizar o cuidado, dividindo-se em cinco etapas, a coleta de dados de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem, planejamento, a implementação, a avaliação de enfermagem, de acordo com a Resolução COFEN 358/2009, exigindo que todos os serviços de saúde que oferecem prestação dos cuidados de enfermagem utilizem a Sistematização da Assistência de Enfermagem baseado em um processo de enfermagem. Sendo essa sistematização, uma atividade privativa do enfermeiro e busca a identificação das situações de saúde-doença dos indivíduos, por meio da utilização de um método de trabalho científico que deverá subsidiar as ações de enfermagem (AMANTE, 2009).

O Diagnóstico de Enfermagem, importante etapa, que vai permitir ao enfermeiro a aplicabilidade das intervenções de enfermagem subsidiando-o no processo do cuidar, e como atividade privativa do enfermeiro, imprescindível que este reconheça a importância e a necessidade de estabelecer os diagnósticos de enfermagem, bem como incorporá-los à sua prática profissional.

A falta de um vocabulário comum ainda é um dos grandes obstáculos no desenvolvimento de sistemas clínicos na área de saúde no que diz respeito à documentação do cuidado prestado que possa servir de base para análise do custo e benefício deste cuidado e representação desta informação para a saúde da população (NÓBREGA, 2011).

A necessidade de utilizar um sistema de classificação que permita descrever as práticas de enfermagem, obter informações para o planejamento, implementação e avaliação da assistência a partir de linguagens simples e uniformizadas, é relevante para desenvolver a autonomia do enfermeiro, bem como a autoconfiança profissional.

Ancorada em um referencial teórico, e respaldada na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®, a Enfermagem do século XXI, atualizada e em processo de melhoria da assistência de enfermagem busca tecnologias do cuidar, técnicas avançadas e ainda respaldada na humanização da assistência de enfermagem de qualidade.

3.3.1 Aplicabilidade do processo de enfermagem

Embasada e referenciada em Alfaro-Lefreve (2010) venho aqui trazer alguns pontos extremamente importantes quando se trata de aplicar o processo de enfermagem, no qual para muitos se mostra tão complicado na maioria das vezes, lembrando a enfermagem necessita prestar um cuidado de enfermagem à clientela, e quando se trata de uma clientela específica: o idoso, o cuidado precisa sim, ser mais específico ainda.

E o sustentáculo para a prestação desse cuidado específico e individualizado depende do Processo de Enfermagem, iniciando-se pelas duas primeiras etapas, imprescindíveis ao processo: a coleta de dados e o diagnóstico. São etapas que, estão inter-relacionadas e dependentes, portanto duas das etapas exploradas neste estudo, estando ligadas diretamente ao pensar e raciocinar clinicamente acerca das Necessidades Humanas Fundamentais, que incluem indivíduo, família e comunidade aqui sendo o nosso indivíduo o idoso (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

O Processo de Enfermagem é a ferramenta indispensável ao enfermeiro, que no uso de suas atribuições legais no exercício da profissão executando intervenções e ações de enfermagem que são oriundas dos diagnósticos de enfermagem, que por sua vez, provenientes dos problemas que a pessoa idosa apresenta, e aqui esses problemas são chamados de demandas.

Ressalta-se que são cinco as etapas do processo de enfermagem (COFEN) – Coleta de Dados de Enfermagem, Diagnóstico, Planejamento, implementação e Avaliação, nas quais são cíclicas e inter-relacionadas. E na medida que o enfermeiro no uso de suas atribuições legais decide aplicar os princípios de cada uma das etapas citadas proporcionará organizar e priorizar o cuidado do seu paciente (o idoso); manter o foco no que realmente importa – o estado de saúde do paciente visando a qualidade de vida do mesmo e ainda formar hábitos de raciocínio que o ajudem a obter confiança, e habilidades necessárias para pensar criticamente nas situações clínicas, teóricas e de teste (ALFARO-LEFREVE, 2010).

O Enfermeiro detentor de muitas características que visam promover o cuidado ao idoso e para executar as etapas do processo, deve desenvolver um pensamento crítico, e por isso absorver as características do processo de enfermagem (intencional, organizado, sistemático, humanístico, cíclico, dinâmico, intuitivo, lógico, focado em resultados e custos, reflexivo e baseado em evidências),

dando-lhes a capacidade de emitir um Julgamento Clínico sobre os reais problemas apresentados pelo idoso, aqui o nosso alvo (ALFARO-LEFREVE, 2010).

A primeira etapa do processo de enfermagem, que é a coleta de dados propriamente dito, direcionada à pessoa idosa, teve sua fundamentação teórica nas Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson, que são as demandas de necessidades.

Em posse da condição de coletar os dados, e seguindo os passos de (ALFARO-LEFREVE, 2010), raciocinar um diagnóstico, ou seja fazer um diagnóstico, é necessário criar uma lista de possíveis problemas/diagnósticos; eliminar problemas/diagnósticos similares; denominar os problemas potenciais e reais esclarecendo o que está causando para eles; determinar os fatores de risco que devem ser controlados e identificar os recursos, os pontos fortes e as áreas para a promoção da saúde. Os diagnósticos estabelecidos deverão sempre focar em resultados a serem alcançados, visto que, a aplicação do processo visa exatamente estabelecer diagnósticos para o alcance dos resultados esperados por meio das intervenções de enfermagem.

Os resultados de enfermagem são os benefícios que os pacientes podem ter, eles são os fins, são as metas a serem alcançadas, tanto se dirigem aos problemas como às intervenções. Eles fazem parte do processo de planejamento, são integrantes entre si. É imprescindível, ter posse de uma lista de resultados para a verificação dos objetivos (intervenções) atingidos.

Os resultados descrevem os benefícios específicos esperados por você em relação ao cuidado prestado ao seu paciente. Eles podem ser de curto prazo, nos quais descrevem os benefícios precoces, e a longo prazo, que são aqueles benefícios esperados depois de um determinado tempo, depois da implementação do plano de cuidados (ALFARO-LEFREVE, 2010).

As intervenções de enfermagem são extremamente indispensáveis para garantir a aplicabilidade do Processo de Enfermagem, para tanto, é imprescindível que para cada enunciado diagnóstico construído, deve haver um resultado esperado, para a aplicabilidade dos enunciados, dispomos das intervenções de enfermagem, aqui também chamadas de ações de enfermagem. Ou seja, colocar em prática o processo de enfermagem, parte do planejar, atendendo as prioridades urgentes e a seguir determinar os resultados esperados. Para o autor, se você não puder identificar claramente os benefícios esperados (resultados) do paciente após o

cuidado de enfermagem, não deve intervir. O sucesso do plano de cuidados é determinado, checando se o paciente atingiu os resultados esperados (ALFARO-LEFREVE, 2010).

As intervenções de enfermagem são ações realizadas pelo enfermeiro para: Monitorar o estado de saúde e a resposta aos tratamentos; reduzir os riscos, resolver, prevenir ou controlar problemas; ajudar nas Atividades de Vida Diária (AVD); promover a sensação de bem-estar físico, psicológico e espiritual e finalmente dar aos pacientes informações necessárias para tomar as decisões informadas e obter independência. As intervenções de enfermagem devem ser baseadas em evidências e ainda seguir algumas diretrizes para a individualização das prescrições de enfermagem (ALFARO-LEFREVE, 2010).

3.4 Sistemas de Classificação em Enfermagem

Os sistemas de Classificação da prática de enfermagem, datam-se desde 1950, quando os enfermeiros buscavam responder alguns questionamentos, nos modelos conceituais e nas teorias de enfermagem, os quais originaram os conceitos centrais, os metaparadigmas da enfermagem (o ser humano, a saúde, o ambiente e a enfermagem) (NÓBREGA, 2000).

Na década de 60, foi desenvolvida a primeira classificação relevante para a enfermagem, que foram os *21 Problemas de Abdellah*, que focalizava as principais necessidades do ser humano (terapêutica das necessidades) e os problemas de enfermagem (terapêutica dos problemas) (NÓBREGA, 2000).

Virgínia Henderson, em 1966 identificou as 14 Necessidades Humanas Fundamentais do ser humano, foram listadas as áreas nos quais os problemas de enfermagem poderiam ocorrer, e não os problemas. Virgínia Henderson focou as demandas de enfermagem, competências dos enfermeiros, independentes dos cuidados médicos, ou seja, cuidados para manter ou recuperar a saúde do ser humano. As áreas foram listadas: respiração; alimentação; eliminação; movimento; sono e repouso; vestimentas; temperatura corporal; higiene; controle do ambiente; comunicação; prática religiosa; realização; atividade de lazer e aprendizagem (NÓBREGA, 2000).

As teóricas Abdellah e Virgínia Henderson deram importantes contribuições para o desenvolvimento dos conceitos, e foram percussoras da sistematização do conhecimento das abordagens taxonômicas de enfermagem, introdução do processo de enfermagem, em 1970 iniciando nos Estados Unidos, disseminando-se para o mundo todo (NÓBREGA, 2000).

Então um trabalho desenvolvido, a partir da década de 1970, nos Estados Unidos, pela NANDA e é a partir dessa década que a literatura vem estimulando os enfermeiros para os subsídios que as classificações disponíveis na Enfermagem, seja de fenômenos, intervenções ou resultados, possam, também, trazer, em diferentes vertentes, sobretudo ao proporcionarem informações sobre as condições dos clientes ou pacientes e propiciarem o raciocínio clínico diagnóstico, propiciando informações que favoreçam a tomada de decisões efetivas (CARVALHO, 2010).

Essas primeiras tentativas de classificação mudaram o enfoque da Enfermagem, que passou, desde então, a se preocupar com a identificação dos problemas do cliente e, posteriormente, com os diagnósticos de enfermagem, tendo como alvo o cuidado.

A mudança do cuidado organizado, com ênfase nos problemas terapêuticos, como: “*facilitar a manutenção da comunicação verbal efetiva*”, para o cuidado organizado com ênfase nos problemas do cliente, tal como: “*comunicação verbal prejudicada*”, teve início na década de 1970, com a criação do Sistema de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA (GORDON, 1994).

A literatura evidencia que existem na Enfermagem diversos Sistemas de Classificação relacionados com algumas fases do processo de enfermagem: diagnóstico de enfermagem – NANDA I, Classificação das Respostas Humanas de Interesse para a Prática da Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental; problemas de enfermagem – *Community Health System* – Sistema Comunitário de Saúde de Omaha; intervenções de enfermagem – *Nursing Intervention Classification* – NIC; e resultados esperados – *Nursing Outcomes Classification* – NOC; entre outros.

Todos os sistemas de classificação acima citados, tinham sua importância, mas na utilização desses sistemas de classificação na prática de enfermagem, enfermeiras em todo o mundo, atendeu ao desafio de universalizar a sua linguagem e evidenciando os elementos da sua prática, resultando dessa mobilização, durante o Congresso Quadrienal do CIE, realizado em Seul, em 1989, foi votada e aprovada a

proposta para desenvolver um Sistema de Classificação Internacional da Prática de Enfermagem – CIPE®.

Necessitava-se de uma linguagem específica da profissão, imprescindível para que a Enfermagem pudesse contar com dados confiáveis na formulação de políticas de saúde, na contenção de custos, na informatização dos serviços de saúde, na crescente importância nas classificações médicas e como propósito para ainda controlar seu próprio trabalho. Tal fato tem impulsionado a Enfermagem para demonstrar a sua importância na contribuição nos serviços de saúde, no crescimento da importância de padronização e na necessidade urgente de ter uma linguagem capaz de descrever e comunicar as atividades de enfermagem (ICN, 1993).

Em 1996, o CIE publicou a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão Alfa: Um Marco Unificador, construída pelas Classificações de Fenômenos e de Ações de enfermagem. E desde então não mais parou esse processo de ampliação das publicações.

3.5 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE[®]) E SUA TRAJETÓRIA

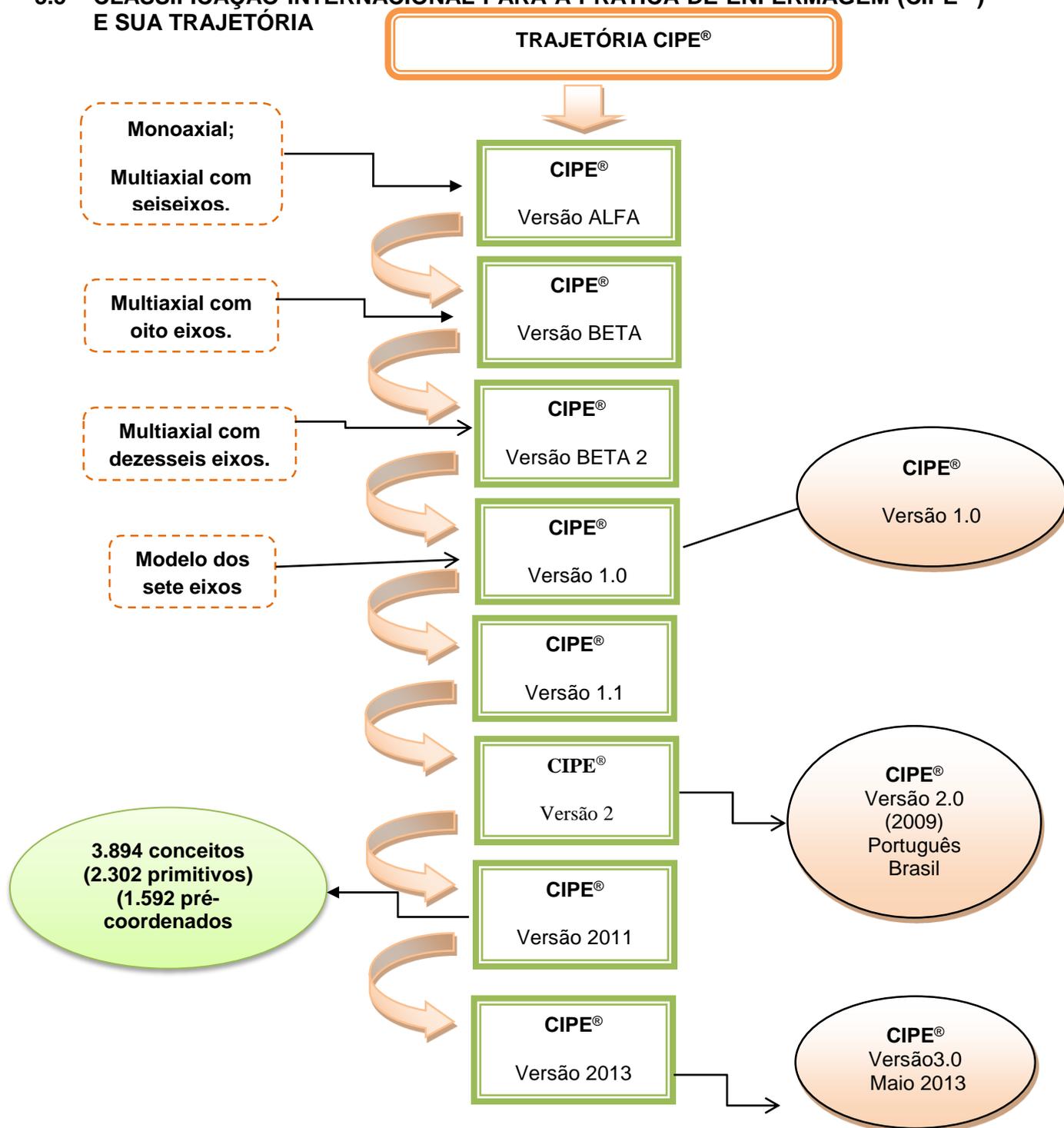


Figura 1. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]) e sua trajetória – Fonte: a própria autora.

Historicamente, a CIPE® teve seu início em 1986, quando um grupo de enfermeiros da *American Nurses Association* (ANA) e da *North American Nurses Diagnosis Association* (NANDA), depois de uma tentativa de tentar incluir um esquema de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), recebeu da OMS uma negativa justificada pelo fato da proposta não representava a Enfermagem em âmbito mundial e sugeriu que um órgão internacional de Enfermagem desenvolvesse um sistema de classificação para uniformizar e estabelecer uma linguagem comum representando a prática de enfermagem (NÓBREGA, 2000).

E em 1989 iniciou-se o processo de criação de uma classificação internacional para a prática de enfermagem, quando no Congresso Quadrienal em Seul na Coreia foi apresentada ao Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE). E para que esta articulação para a prática da enfermagem se firmasse, como uma tecnologia científica inovadora e pertinente ao longo dos anos, a proposta do CIE, em 1989, definiu os seguintes critérios: a CIPE® teria que ser vasta o suficiente para servir os vários propósitos requeridos pelos diferentes países; simples e útil no dia-a-dia do enfermeiro, assegurando assim sua prática; possuir consistência e clareza, mas não depender de um modelo de enfermagem em particular; ser baseada num núcleo central que se permita fazer adições através de um processo continuado de desenvolvimento e refinamento; ser sensível à variabilidade cultural; que permita refletir o sistema de valores comum da Enfermagem em todo o mundo de acordo com o CIE; e ser utilizável de forma complementar ou integrada com a família de classificações desenvolvida na OMS, cujo núcleo é o *International Classification of Diseases*, ICD (COENEN, 2010).

Os anos passaram e a CIPE® foi alterando-se a cada versão, em 1995 foi publicada a **CIPE® versão Alfa**, organizada em três componentes: necessidades humanas, o que fazem os enfermeiros, e resultados. As necessidades humanas abordadas eram os problemas de enfermagem, os problemas dos doentes, os fatores de enfermagem e fenômenos de Enfermagem. Foi considerada um marco unificador, composta de duas classificações: uma de Fenômenos de Enfermagem e outra de Intervenções de Enfermagem.

A **CIPE® versão Alfa** continha uma estruturação na qual foi construída em três etapas: a primeira, consistia na identificação dos termos no âmbito internacional; a segunda tratava da conceitualização e estruturação destes termos, e a terceira

etapa trazia a hierarquização em três pirâmides de conceitos. A pirâmide inicial, construída como uma classificação monoaxial em cujo ápice encontra-se um único princípio geral de divisão, descrevia 292 fenômenos de enfermagem, que representavam o domínio do cliente (ser humano ou meio ambiente). A segunda pirâmide, construída como uma classificação multiaxial na qual o termo subdivide-se em seis eixos: Ação, Objeto, Enfoque, Meio, Localizações anatômicas e Tempo/Lugar, que descreve as intervenções de enfermagem, que representam o domínio das ações realizadas pelos enfermeiros. A terceira pirâmide não foi desenvolvida e visava descrever os resultados clínicos do trabalho da Enfermagem (NÓBREGA, 2000).

No decorrer da utilização da versão alfa, foram surgindo várias necessidades, que foram encaminhadas ao CIE e então, em 1999, foi publicada a **CIPE® versão Beta**, que deu enfoque na classificação dos fenômenos de enfermagem e passando a ser multiaxial e constituída por oito eixos. Permitindo assim, mais de uma divisão do termo superior e também combinações de conceitos de diversas divisões e eixos, tornando assim o instrumento mais flexível e com maior liberdade para realizar combinações entre os termos. Em outros sistemas classificatórios, esta combinação de conceitos não acontece, pois já são existentes como conceitos pré-combinados (NÓBREGA, 2008).

A versão Beta era constituída por componentes como: Fenômenos de Enfermagem, ações de Enfermagem e Resultados de Enfermagem, constituídos por modelos de múltiplos eixos.

A classificação dos fenômenos de Enfermagem representava os aspectos de saúde relevantes para a prática de Enfermagem, constituindo-se de oito eixos: Foco da Prática de Enfermagem, Juízo, Frequência, Duração, Topologia, Localização anatômica, Probabilidade e Portador.

A classificação das ações de Enfermagem, era também constituída por oito eixos, dos quais: Tipo de Ação, Alvo, Recursos, Tempo, Topologia, Localização, Via e Beneficiário. Desenvolveram-se as definições para o diagnóstico, resultado e ação de Enfermagem, bem como linhas de orientação para compor um diagnóstico, um resultado e uma intervenção de Enfermagem utilizando os modelos multiaxiais.

Em 2001, foi lançada a **CIPE® versão Beta-2**, com um modelo estruturado em duas classificações: de fenômenos de enfermagem e outro de ações de enfermagem, cada um deles com oito eixos, totalizando dezesseis eixos.

Os oito eixos relacionados aos fenômenos de enfermagem compreendiam: foco, julgamento, frequência, duração, topologia, localização anatômica, probabilidade e portador. Enquanto que os oito eixos para as ações de enfermagem eram: tipo de ação, alvo, recursos, tempo, topologia, localização, via e beneficiário.

A **CIPE® versão Beta-2** foi submetida à análise e utilização em diversos países do Mundo, na busca constante do aperfeiçoamento e desenvolvimento. Desta série de avaliações e revisões surge a **CIPE® Versão 1.0**.

Em 2005, foi lançada a **CIPE® versão 1.0**, com a responsabilidade de identificar semelhanças e diferenças entre representações, fazendo uma comparação dos dados de diferentes fontes; bem como facilitar o desenvolvimento de vocabulários locais; preencher uma necessidade prática de construir sistemas de registro eletrônicos do paciente, com todos os benefícios de fazer parte de um sistema de linguagem unificada (COENEN, 2010).

Em 2006, ocorreram alguns eventos, tais como: apresentação da **CIPE®** em workshop na Conferência NI2006 em Seul Coréia, e ainda a aprovação do Centro para a Investigação e Desenvolvimento da **CIPE®** na *University of Wisconsin-Milwaukee College of Nursing, em Wisconsin, EUA*.

Em 2006, a **CIPE® versão 1.0** foi traduzida para a língua portuguesa, por meio dos esforços da Ordem dos Enfermeiros de Portugal e, em 2007, esta versão foi traduzida para o idioma português brasileiro.

O CIE destaca que a partir dessa versão a **CIPE®** passa a ser definida como um sistema de linguagem unificada de enfermagem, uma terminologia tecnologicamente mais forte e mais acessível aos enfermeiros. De acordo com o CIE essa versão é composta por 1658 termos distribuídos em sete eixos destinados a compor afirmativas diagnósticas, resultados e intervenções (ICN, 2005).

Em 2007, ocorreu a Aprovação do Centro de Investigação e desenvolvimento da **CIPE®** no Brasil e nos EUA; Apresentação no 18º Congresso Internacional de Investigação em Enfermagem com foco a Prática baseada na Evidência, em Viena, Áustria.

A principal inovação foi que, enquanto a versão Beta 2 estava estruturada em duas classificações (Fenômenos e Ações de Enfermagem), com um total de dezesseis eixos.

A **CIPE® versão 1.0** contém uma única estrutura de classificação, o Modelo de Sete Eixos da **CIPE®**, permitindo a transição das duas classificações de 8 eixos da

versão Beta 2. Essa nova estrutura simplificou a representação resolvendo a redundância e ambiguidades de termos na versão anterior (ICN, 2005).

Quadro 1. Descrição dos 7 Eixos CIPE® Fortaleza, 2014.

Modelo de 7 eixos da CIPE®	
Foco	Área de atenção que é relevante para a Enfermagem (exemplos: dor, sem-abrigo, eliminação, esperança de vida ou conhecimento).
Juízo	Opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de Enfermagem (exemplos: nível decrescente, risco, melhorado, interrompido ou anómalo).
Cliente	Sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção (recém-nascido, prestador de cuidados, família ou comunidade)
Ação	Processo intencional aplicado a um cliente (exemplos: educar, mudar, administrar ou monitorizar)
Recursos	Formas ou método de concretizar uma intervenção (exemplos: ligadura ou técnica de treino vesical)
Localização	Orientação anatômica ou especial de um diagnóstico ou intervenção (exemplos: posterior, abdómen, escola ou centro de saúde na comunidade).
Tempo	O ponto. Período, instância, intervalo ou duração de uma ocorrência (exemplos; administração, nascimento ou crónico).

FONTE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®. Versão 2.0.

Em 2008, é lançada a versão **CIPE® versão 1.1** com a inclusão de novos conceitos no browser com adição do acordo de uso online ao browser; aceita como classificação relacionada com a família de Classificações Internacionais da OMS. Foi adicionada também ao Sistema de Linguagem Médica Unificada. Iniciou-se a publicação das linhas de orientação para a tradução e a elaboração de catálogos da CIPE®, com a publicação do primeiro catálogo da CIPE®, com mais trezentos e setenta e seis novos conceitos. Nesse momento também ocorreu o estabelecimento do grupo técnico consultivo da CIPE® (ICN, 2011).

Em julho de 2009, foi lançada a **CIPE® versão 2.0** no 24.º Congresso Quadrienal do ICN em Durban, África do Sul, destinada a facilitar a construção de afirmativas diagnósticas organizadas em grupos significativos, de intervenções e resultados de enfermagem – Catálogos CIPE®. Os principais propósitos da elaboração desses Catálogos são os de construir sistemas de registro dos elementos da prática usando a CIPE®, com todos os benefícios de fazer parte de um sistema de linguagem

unificada; e tornar essa classificação um instrumental tecnológico que pode ser integrado à prática de enfermagem no local do cuidado (ICN, 2011). Em seguida foram divulgadas também a versão 2011 no ano de 2011 e a versão 2013 no ano de 2013, nas quais mantiveram a estrutura do modelo de sete eixos.

A CIPE® versão 2013, foi lançada em maio de 2013 no Congresso do ICN, distribuídos nos eixos do modelo de sete eixos 3894 conceitos, sendo destes 2302 conceitos primitivos e 1592 conceitos pré-coordenados (diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem) sua versão em português foi disponibilizada pelo ICN em agosto de 2014 (ICN, 2013).

O uso de um sistema de classificação de enfermagem ainda representa um desafio para os enfermeiros e estudantes de enfermagem. No qual as instituições de ensino devem estimular os estudantes de enfermagem ainda na graduação a utilizarem um sistema de classificação enquanto profissionais.

A CIPE® representa em um instrumento de informação destinado a descrever os elementos da prática de enfermagem, os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem; prover dados que identifiquem a contribuição da Enfermagem no cuidado da saúde; promover mudanças na prática de enfermagem por meio da educação, administração e pesquisa (ICN, 2005). E ainda tem uma linha de orientação CIPE® a ser seguida, baseando-se na norma ISO 18104.

3.6 Norma ISO 18104

Para a elaboração dos enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem seguem as linhas de orientação CIPE®, que por sua vez baseiam-se na norma ISO 18104:2003 da Organização Internacional de Normatização (*International Organization of Standardisation, ISO*), garantindo o uso e a articulação da terminologia de enfermagem com os demais profissionais de saúde nos registros eletrônicos da saúde (ICN, 2008).

Um enunciado de diagnóstico de Enfermagem e um enunciado de Resultado de Enfermagem:

1. Têm de incluir um termo do Eixo do Foco.

2. Têm de incluir um termo do Eixo do Juízo.
3. Podem incluir termos adicionais, de acordo com a necessidade, dos Eixos do Foco, Juízo ou de outros Eixos.

Um enunciado de intervenção de Enfermagem:

1. Têm de incluir um termo do Eixo da Ação.
2. Tem de incluir pelo menos um Termo Alvo. Um termo alvo pode ser um termo de qualquer eixo, exceto do Eixo do Juízo.
3. Podem incluir termos adicionais, de acordo com a necessidade, do Eixo da Ação ou qualquer outro eixo.

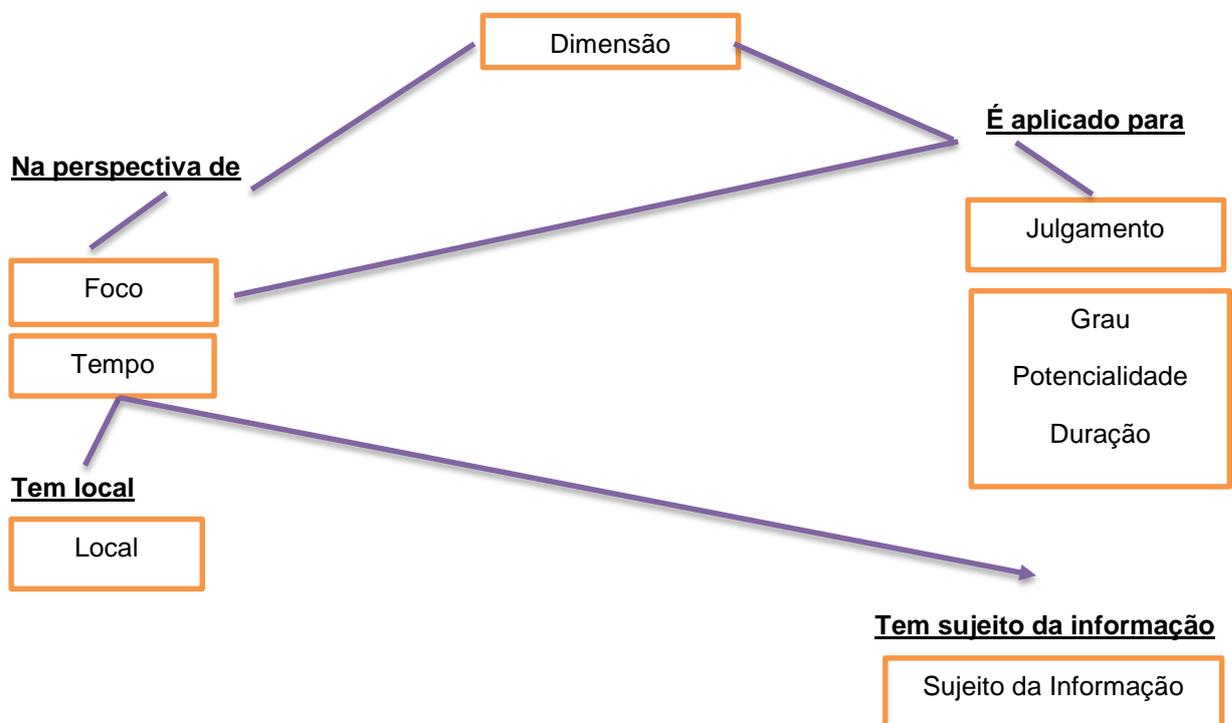


Figura 2 – Modelo ISO de terminologia de referência para diagnósticos de enfermagem – Fonte ISO 18104:2003, Genebra, Suíça.

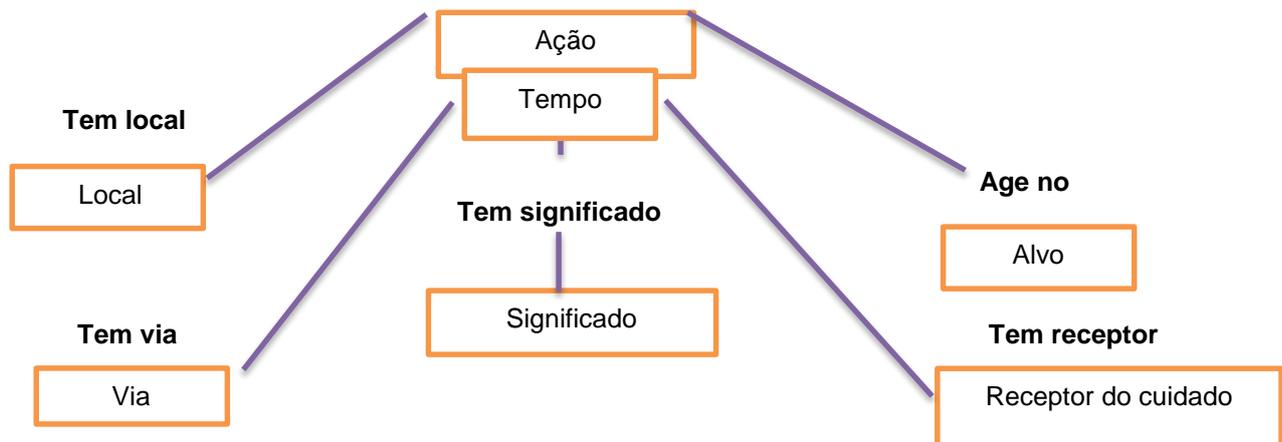


Figura 3 – Modelo ISO de terminologia de referência para ações de enfermagem - Fonte ISO 18104:2003, Genebra, Suíça.

A norma ISO 18104: 2003 especifica as características de duas estruturas categoriais, com o objetivo geral de apoiar a interoperabilidade na troca de informações significativas entre os sistemas de informação em relação aos diagnósticos de enfermagem e as ações de enfermagem.

É aplicável aos seguintes grupos de usuários: os desenvolvedores de terminologias que incluem diagnóstico de enfermagem e os conceitos de ação de enfermagem; desenvolvedores de estruturas categoriais e terminologias para outros domínios da saúde, para apoiar esclarecimento de qualquer relação ou sobreposição com os conceitos de enfermagem; desenvolvedores de modelos para sistemas de gerenciamento de informações de saúde, tais como registros de saúde eletrônicos e sistemas de apoio à decisão, para descrever o conteúdo esperado de domínios de valores terminológicas para determinados atributos e elementos de dados nos modelos de informação; desenvolvedores de sistemas de informação que requerem um sistema explícito de conceitos para a organização interna, serviços de gerenciamento de (middleware) ou de armazenamento de dados; desenvolvedores de software para processamento de linguagem natural, a fim de facilitar a harmonização de sua produção com sistemas de codificação (SABA, 2003).

Ela não se destina a ser utilizado por enfermeiras assistenciais, sem informática em saúde perícia. No entanto, ele fornece uma introdução às estruturas da norma para ajudar aqueles sem experiência informática em saúde para contribuir para o seu desenvolvimento, análise, implementação e avaliação (SABA, 2003).

A utilização de modelos terminológicos tem sido cada vez mais necessária para o desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem, afim de facilitar a aplicação do processo de enfermagem.

Um modelo terminológico de referência serve como instrumento facilitador na representatividade dos diagnósticos e ações de enfermagem, bem como sua inter-relação, no intuito de realizar uma análise computacional na promoção de avaliações sistemáticas das terminologias e modelos existentes fornecendo uma linguagem de descrição dos diagnósticos e ações de enfermagem baseados na integração dos modelos de informação (SABA, 2003).



*Enfermagem é algo que se faz com a cabeça,
com o coração e com as mãos.*

(Virgínia Henderson)

**REFERENCIAL
TEÓRICO**

4 REFERENCIAL TEÓRICO DE VIRGÍNIA HENDERSON

4.1 A teórica e sua obra

Desde os primórdios, na era de Florence Nightingale, a Enfermagem mesmo inserida em um modelo biologicista, já dava indícios de uma profissão importante, imprescindível, em seguida, percebeu-se o quão a Enfermagem necessitava se impor definindo um conceito, uma teoria que embasasse a prática e estabelecer-se como uma profissão científica. Foi a partir de então que estudiosos foram criando para estabelecendo teorias de enfermagem, e um método para uma implementação na prática do processo de enfermagem. E hoje não conseguimos separar a teoria da prática, visto que a teoria embasa e fortalece a prática.

O envelhecimento humano e o aumento da expectativa de vida tem trazido consequências impactantes nos serviços de saúde e na assistência de enfermagem ao idoso, no qual a importância do papel desempenhado pelo enfermeiro com cientificidade e fundamentado em uma teoria de enfermagem nesses serviços poderá trazer respostas rápidas e eficazes, como por exemplo, a redução de complicações no idoso com fratura de membros inferiores, e conseqüentemente a redução do tempo de internação deste, promovendo o cuidado ao idoso.

Com a alteração da estrutura etária da população, há necessidade de uma estratégia de provisão e cuidados específicos para este grupo etário, orientando a formulação de políticas adequadas aos idosos, de maneira sustentável (BATISTA, 2008).

O processo de envelhecimento é vivenciado de forma única para cada indivíduo, sendo necessárias e imprescindíveis condutas heterogêneas para a melhoria substancial da qualidade de vida dos idosos sob todos os aspectos, biológicos, psicológicos, espirituais e sociais, focando os aspectos biológicos e os psicossociais, defendido pela teórica Virgínia Henderson como as Necessidades Humanas Fundamentais. E para entendermos um pouco do que Virgínia Henderson representa para o contexto de Enfermagem hoje, vamos fazer um pequeno resgate de sua vida.

É imprescindível contextualizar o trabalho de Virgínia Henderson, destacando alguns aspectos bibliográficos relevantes na sua vida.

Virgínia Avenel Henderson na cidade de Kansas em Missouri em 30 de novembro de 1897. Foi a 5ª de uma família de 8 filhos. Em 1918, entrou para a Escola de Enfermagem do Exército em Washington, e em 1921, recebeu o diploma de enfermagem. Em 1926, terminou o curso de especialização em Docência na Columbia University Teachers, integrando o corpo de docentes nessa mesma escola após 1930 e passou a ministrar cursos sobre o processo analítico e a prática clínica de enfermagem.

Em 1953, Virgínia Henderson aceitou um cargo associado de pesquisa na Escola de Enfermagem da Universidade de Yale. O projeto foi concebido para inspecionar e avaliar o estado da pesquisa em enfermagem, nos Estados Unidos. Virgínia Henderson já tinha merecido o título de pesquisador associado emérito na Universidade de Yale. Reescreveu a obra de Bertha Harmer, *Textbook of the Principles and Practice of nursing* e em 1955 5ª edição publicada a definição de enfermagem de Virgínia Henderson.

Em 1955, Virginia Henderson publica pela primeira vez a sua definição de Enfermagem no momento em que reescreveu a obra de Bertha Harmer, *the principles and practice of nursing*. Virginia Henderson sofreu várias influências durante os primeiros anos de enfermagem, entre vários, Dr. Edward Thorndike, psicólogo, que levou a cabo Suporte Teórico 33 trabalhos sobre as necessidades fundamentais do ser humano, e que fez com que Virgínia Henderson percebesse que a doença é mais do que um estado de doença” e que as necessidades mais fundamentais não são satisfeitas nos hospitais.

Em 1988 recebeu na ANA (American Nursing Association) uma menção honrosa especial pelo seu contributo de uma vida dedicada à investigação, ao ensino e ao profissionalismo em enfermagem. Faleceu em 16 de março de 1996 aos 98 anos, no Connecticut Hospice, Brandfort, e durante toda a sua vida como enfermeira e docente, enfocou a natureza da enfermagem com a lista das quatorze Necessidades Humanas Fundamentais.

Virgínia Henderson buscou a sua concepção de enfermagem na satisfação das Necessidades Humanas Fundamentais do indivíduo.

Virgínia Henderson (1966, p.15), definiu como função do enfermeiro;

(...) a única função da enfermeira é a de assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para sua recuperação (ou para a morte pacífica) que executaria sem auxílio caso tivesse a força,

a vontade e os conhecimentos necessários E fazê-lo de modo a ajudá-lo a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível.

A sua definição de enfermagem é abrangente, complexa, pois contém muitas variáveis, parecendo ser simplista pois, as 14 necessidades descritas, são necessidades simplesmente de cada pessoa, mas analisando mais minuciosamente cada necessidade com seus parâmetros intrínsecos, percebemos o quão é complexa e abrangente pois nos propicia a possibilidade da compatibilidade e aplicabilidade de uma teoria de enfermagem geral com a prática de enfermagem.

Na *Enfermagem*, temporariamente ajudar um indivíduo que não tem a força necessária, vontade e conhecimento para satisfazer um ou mais de 14 Necessidades Humanas Fundamentais. Traz a Definição clássica de enfermagem, na qual “a enfermeira deve ter conhecimento para a prática de cuidados individualizados e humano e deve ser um solucionador de problemas científicos”.

E como estratégia de cuidado, o Processo de Enfermagem, instrumento metodológico, propicia identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como a clientela responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais. Ao mesmo tempo, determina que aspectos dessas respostas exigem uma intervenção profissional de enfermagem, apontando-se a aplicabilidade dos diagnósticos de enfermagem (ALFARO-LÉFEVRE, 2010).

4.2 Pressupostos e postulados de Virgínia Henderson

A teoria de Virginia Henderson sugere ações geradoras de independência da pessoa cuidada, no qual o teor de sua teoria nos revela a preocupação e o grande interesse pela pessoa humana, seja ela criança, adulto ou idoso sadio ou enfermo, além da aplicabilidade a qualquer ambiente.

Virgínia Henderson não definiu ambiente, ou seja o contexto utilizou a definição de ambiente do Webster's New Collegiate Dictionary. Já no que se refere ao tema de sua teoria, Virgínia Henderson descreve muito bem que são as Necessidades Humanas Fundamentais do indivíduo, trazendo uma grande e íntima possibilidade de contemplar os dois elementos estruturais de uma teoria, assim propiciando um inter-relacionamento entre os mesmos.

As teorias se inter-relacionam com os conceitos de tal forma que criam uma maneira diferente de olhar para um fenômeno particular, tais conceitos são chamados de metaparadigmas, que são: o indivíduo, o meio ambiente, a saúde e a Enfermagem.

Os metaparadigmas são descritos por Virgínia Henderson, no qual o *indivíduo*, têm necessidades básicas que são componentes de saúde, que necessitam de assistência para alcançar a saúde e independência ou uma morte pacífica. Enfoca que mente e corpo são inseparáveis e interdependentes. Considera os componentes biológicos, psicológicos, sociológicos e espirituais.

O *meio ambiente* possui todas as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento. Sutilmente discute o impacto da comunidade sobre o indivíduo e da família. Espera dos enfermeiros agir em indivíduos que são incapazes de funcionar de forma independente. Cuidados básicos de enfermagem envolve o fornecimento de condições em que o paciente pode realizar as 14 atividades sem ajuda. Na *saúde* sugere que os Enfermeiros precisam enfatizar a promoção da saúde e prevenção e cura de doenças.

Virgínia Henderson ressalta em seus postulados a relação enfermeiro-doente, como uma relação de enfermeira enquanto substituta do doente e enfermeira enquanto auxiliar do doente; a relação médico-enfermeira, na qual a enfermeira tinha uma função única, distinta do médico e a relação enfermeira enquanto membro da equipe de saúde, chamando atenção para as funções de cada um na equipe, é fazer com que o doente seja a prioridade, o foco (TOMEY, 2004).

Virgínia Henderson revela com base em seus principais pressupostos a inter-relação entre o enfermeiro e a pessoa (doente), trazendo em seu entendimento que a enfermeira tem a função de ajudar indivíduos doentes ou saudáveis a manterem o equilíbrio físico e emocional para obter a independência.

E para a completude de uma teoria, esse inter-relacionamento entre processo e conteúdo por exemplo é de ampla importância, visto que a implementação na prática possibilita a aplicação do processo de enfermagem, não nos permitindo separar a teoria da prática, visto que a teoria embasa e fortalece a prática.

Dentre seus principais pressupostos destacam-se a *Enfermagem*, na qual a enfermeira tem a função única de ajudar indivíduos doentes ou saudáveis, e que a mesma funciona independentemente do médico, pois possui conhecimentos tanto em ciências biológicas como nas sociais. E a Pessoa (doente), na qual seu corpo e sua

mente são inseparáveis buscando do enfermeiro a ajuda para manter o equilíbrio físico e emocional com o intuito de obter a independência (TOMEY, 2004).

A Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson, é de grande utilidade não só na prática clínica do enfermeiro, visto os argumentos referidos anteriormente, como no campo da pesquisa científica, pois a teoria de Virgínia Henderson serve de base, fundamentando vários estudos em qualquer área da enfermagem como também contemplando qualquer faixa etária, nos subsidiando para investigar qualquer problema científico.

E ainda na aplicação do Processo de Enfermagem, pois a relação das 14 necessidades humanas fundamentais trazidas por Virgínia Henderson permeia toda a sistematização da assistência de enfermagem, subsidiando o enfermeiro para a aplicabilidade do processo de enfermagem.



Figura 4 –Pressupostos da Teoria de Virgínia Henderson, Fortaleza – CE, 2014.

4.3 Componentes do Cuidado - Necessidades Humanas Fundamentais (NHF)

No enfoque da natureza da enfermagem, Virgínia Henderson valoriza o componente empático dos cuidados de enfermagem, focando os aspectos biológicos e os psicossociais, os quais defendidos pela teórica, na qual identificou a lista das 14 Necessidades Humanas Fundamentais (NHF), que compreende os componentes ou funções da Enfermagem, e tem como objetivo descrever os cuidados de que qualquer pessoa necessita, independentemente do diagnóstico e do tratamento prescrito pelo médico, sustentando que para conhecer as necessidades do doente a enfermeira necessita de se pôr no lugar do doente, como que se vestisse a sua pele (HENDERSON, 2004).

A lista das 14 Necessidades Humanas Fundamentais não representa os problemas de saúde do cliente, mas as áreas nas quais os problemas reais ou potenciais podem ocorrer, integrando os componentes do cuidado e aplicam-se a qualquer ambiente, podendo tanto servir de guia na promoção da saúde, como na prestação de cuidados de enfermagem ao paciente.

Os componentes dos cuidados básicos de enfermagem, considerados por sua autora como as funções de competência exclusiva das enfermeiras, podem ser descritos como: Respirar normalmente, Comer e beber, Eliminar os resíduos corporais, Mover-se e manter a postura adequada. Dormir e repousar, Vestir-se e despir-se, Manter a temperatura corporal dentro dos limites normais, Manter o corpo limpo e tegumentos protegidos, Evitar perigos ambientais, Comunicar-se, Aprender, Agir de acordo com suas crenças, Ocupar-se tendo em vista a auto realização, Distrair-se.

A implementação e avaliação das 14 Necessidades Humanas Fundamentais, representa a enfermagem na sua essência do cuidar, que é a base principal considerada essencial em todos os momentos, ou seja, seu trabalho pode ser, adequada em qualquer faixa etária das pessoas, da infância à senescência.

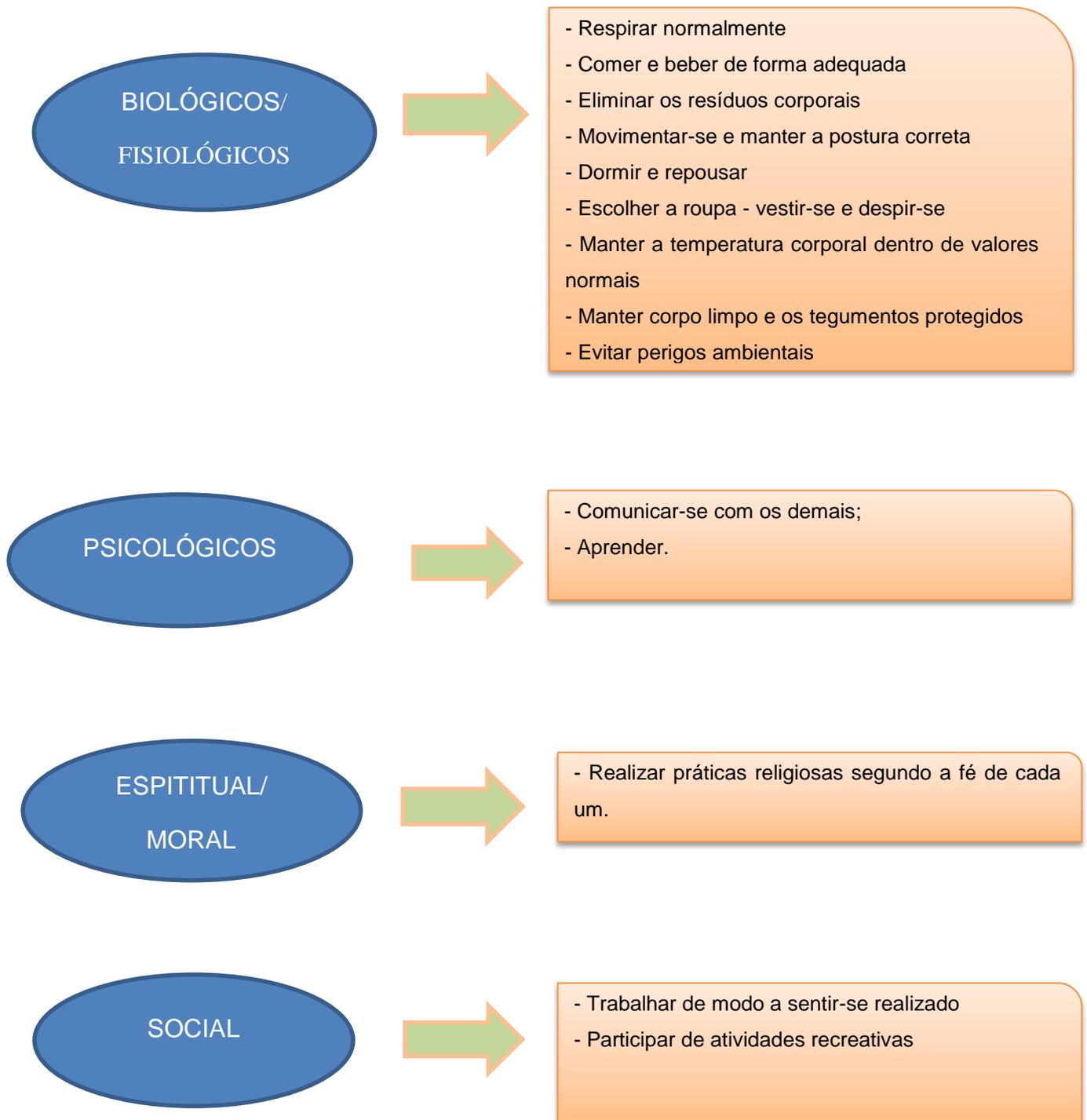


FIGURA 5. As Necessidades Humanas Fundamentais (NHF), segundo Virgínia Henderson sobre as quais se desenrolam os cuidados de enfermagem e seus componentes.

QUADRO 2. Descrição das 14 Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson, Fortaleza – CE, 2014.

Descrições da Necessidades Humanas Fundamentais (NHF)	
Respirar normalmente	Inspiração: <ul style="list-style-type: none"> • Aporte essencial de oxigênio • Difusão dos gases a nível pulmonar • Trocas a nível celular Expiração: <ul style="list-style-type: none"> • Eliminação do gás carbônico e vapor de água
Comer e beber	Necessidades do ser humano ingerir, digerir e absorver água, eletrólitos e nutrientes essenciais à vida
Eliminar os resíduos corporais	Necessidade do ser humano rejeitar substâncias nocivas ou inúteis resultantes do metabolismo
Mover-se e manter a postura adequada	Necessidade do ser humano em mover e mobilizar todas as partes do corpo, através de movimentos coordenados, e de manter uma boa postura, para permitir ao organismo um melhor funcionamento
Dormir e repousar	Suspensão do estado de consciência e/ou atividade, permitindo a reconstrução das forças físicas e psicológicas
Vestir-se e despir-se	Necessidade do ser humano proteger o corpo em função do clima, normas sociais e normas pessoais de pudor
Manter a temperatura corporal dentro dos limites normais	Necessidade do ser humano equilibrar a produção e dissipação de calor
Manter o corpo limpo e tegumentos protegidos	Necessidade que o ser humano tem de cuidados de higiene corporal e de cuidar da sua higiene pessoal
Evitar perigos ambientais	Necessidade que o ser humano tem de se proteger contar as agressões internas ou externas com vista a manter a sua integridade física e mental Necessidade que o ser humano tem de controlar o ambiente para garantir a segurança
Comunicar-se	Necessidade que o ser humano tem de permuta com o seu semelhante. Esta necessidade desencadeia um processo dinâmico, verbal e não verbal, permitindo que as pessoas se tornem acessíveis uma à outra, consigam pôr em comum sentimentos, opiniões experiências e informações
Aprender	Necessidade que o ser humano tem de adquirir conhecimentos, atitudes e habilidades para a modificação dos comportamentos ou aquisição de outros, com a finalidade de manter ou recuperar a saúde
Agir de acordo com suas crenças	Necessidade do ser humano de atualizar os seus valores e de seguir uma ideologia religiosa ou não religiosa
Ocupar-se tendo em vista a auto realização	Necessidade que todo indivíduo tem de desempenhar atividades que lhe permitam satisfazer suas necessidades ou ser útil aos outros
Distrair-se	Necessidade que o ser humano tem de se recrear através de uma ocupação agradável, com a finalidade de conseguir uma descontração física e psicológica

FONTE: BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995

4.3.1 Componentes biológicos/fisiológicos

Respirar normalmente

O sistema respiratório do idoso é diretamente afetado, primeiramente pela estrutura física do mesmo, no qual as vértebras começam a colapsar levando ao processo de cifose, calcificações reduzindo assim a mobilidade das costelas. E paralelamente a essa modificação na estrutura física levando ao encurvamento do idoso, a rigidez pulmonar aumentada e por sua vez a função pulmonar diminuída elevam significativamente o volume residual pulmonar. Que por sua vez irão contribuir rapidamente para a diminuição da capacidade vital e as trocas gasosas, complementando esse processo do envelhecer no sistema respiratório a tosse e o movimento ciliar também diminuem, ou seja, torna-se insuficiente, levando os idosos a ficarem mais vulneráveis a infecções respiratórias.

Comer e beber de forma adequada

O comer e beber de forma adequada nos idosos estão alterados e afetados diretamente pela dimensão social, psicológico e fisiológico, reforçado pela sua menor atividade física desempenhada, pela lentidão do seu metabolismo, diminuindo consequentemente a necessidade calórica.

E esta ingesta calórica, torna-se inadequada para as necessidades do idoso, nos quais vários fatores contribuem para isso acontecer, dentre eles estão: a apatia, a solidão, a pobreza, o olfato prejudicado e o paladar modificado a cavidade oral não cuidada e não saudável e ainda a imobilidade física culminando com o aumento da ingesta inadequada do idoso.

Eliminar os resíduos corporais

No idoso, a função renal tende a diminuir, com a redução da taxa de filtração, função tubular diminuída e menor reabsorção e concentração da urina. Nas

mulheres idosas, frequentemente acontece a incontinência por estresse ou urgência devido a diminuição do aporte de estrogênio, propiciando ainda as infecções urinárias. E nos idosos é comum a hiperplasia benigna da próstata, causando aumento na retenção urinária e incontinência por hiperfluxo.

A constipação também é um fator que propicia a incontinência urinária que por sua vez pode levar a impactação fecal.

Mover-se e manter a postura correta

Pela perda gradual e progressiva da massa óssea faz parte do processo de envelhecimento, que leva conseqüentemente à osteoporose no idoso, que por sua vez está diretamente ligada a inatividade, à menopausa nas mulheres pela perda de estrogênio e ainda o grande vilão, o tabagismo.

O idoso pelas próprias peculiaridades do envelhecimento e como conseqüência da osteoporose, perde altura pela cifose, prejudicando diretamente a mobilidade e o equilíbrio. E como uma das conseqüências mais desastrosas e incapacitantes no idoso é o trauma musculoesquelético, levando-o à fraturas, entorses e luxações.

O envolvimento do enfermeiro vai desde à prevenção até a reabilitação do idoso, uma vez que este venha a ter um evento traumático muscular e esquelético. Incentivando o idoso a combater e deixar os fatores de risco que levam às quedas e acidentes.

A mobilidade no idoso recebe influência de várias dimensões: biofisiológicas, psicológica, sociológica, cultural e espiritual. Nos biofisiológicas e psicológicas, a mobilidade recebe interferência da integridade do sistema cardiovascular, do sistema vestibular e do processo de envelhecimento em si e dos adoecimentos como um todo (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Podemos citar aqui alguns que se tornam vilões propiciando ao idoso, problemas na mobilidade, como os medicamentos, principalmente os hipotensores e os diuréticos. Ainda as deteriorações sensoriais (a cegueira), as perdas de memória, o estado psicológico do idoso e a ansiedade podem acarretar problemas na imobilidade, levando o idoso a maior propensão à ocorrência de um evento traumático.

Dormir e repousar

O envelhecimento acarreta no idoso um padrão modificado do sono, que por sua vez está sincronizado com outros ritmos biológicos, diferindo assim de pessoa para pessoa a quantidade necessária de sono diário. Sendo do sono um dos ritmos mais importantes e a alternância vigília/sono segue o ritmo circadiano ou o ritmo quotidiano de 24 horas (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Vários são os fatores indutores do sono ou os que simplesmente o suprimem. Dentre os que induzem estão: a atividade física, uso de álcool. Os fatores estimulantes são: o stress e a ansiedade; a depressão; o medo e o ambiente.

No ambiente hospitalar, além do barulho, tem o calor ou o frio excessivo. No caso do barulho, a enfermagem pode interferir deixando para fazer sua rotina em horários que não prejudiquem tanto assim o sono do idoso. Além do que as dificuldades em adormecer são ocasionadas geralmente pelo stress da hospitalização, da ansiedade à dor causada pelo trauma (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

São sinais de que a pessoa idosa não está conciliando o sono e o repouso: aumento da irritabilidade, agitação, desorientação, letargia, apatia, tremor das mãos, face inexpressiva, olheiras negras, ptose palpebral, discursos arrastados, frequentes bocejos e alterações de posição (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Vestir-se e despir-se

A necessidade do vestir-se e despir-se no idoso, na visão da dimensão biofisiológica permeia no idoso a função neuromuscular, que na maioria das vezes é comprometida pelas alterações do envelhecimento e adoecimentos crônicos. Necessita também ser levado em consideração a dimensão psicológica, que vai desde a individualidade de cada um até o natural pudor, que deve ser respeitado de forma única e individualizada, pois cada idoso tem o seu referencial e ainda as preferências de roupas, que é muito particular, próprio de cada um, com as influências da religião e cultura de cada um.

Esses valores culturais e religiosos irão permear todo um processo de aceitação de ser cuidado dentro de uma instituição hospitalar, no qual o idoso se

expõe e desnuda-se para que outros os ajude ou realize suas Necessidades Humanas Fundamentais.

Manter a temperatura corporal dentro de limites normais

Hipotermia e Hipertermia são consideradas complicações de urgências médicas, no qual o enfermeiro atua eficazmente nas intervenções preventivas de manutenção da independência do idoso. Tais complicações interferem direta e indiretamente em todas as outras 13 Necessidades Humanas Fundamentais, inter-relacionando-se entre elas. No quadro abaixo descrevemos essa inter-relação.

Quadro 3. Inter-relação entre a necessidade de manter a temperatura do corpo dentro dos limites normais e outras NHFs.

NECESSIDADES FUNDAMENTAIS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Respirar normalmente	Padrão respiratório ineficaz (diminuição do ritmo respiratório) relacionado com hipotermia
Comer e beber	Déficit do volume dos líquidos relacionado com uma perda de líquidos consecutiva a hipertermia
Eliminar os resíduos corporais	Alteração da eliminação urinária (disúria) relacionada com o estado febril
Mover-se e manter a postura adequada	Alteração potencial da mobilidade física relacionada com fraqueza consecutiva a hipertermia
Dormir e repousar	Perturbação dos hábitos de sono relacionada com alterações térmicas do ambiente (temperatura ambiente demasiado quente ou fria)
Vestir-se e despir-se	Incapacidade parcial de se vestir adequadamente relacionada com a não utilização de vestuário suficientemente quente para evitar a disposição do calor
Manter o corpo limpo e tegumentos protegidos	Risco de solução de continuidade da pele relacionada com utilização de meios mecânicos inadequados para conservação da temperatura corporal.

Quadro 3. Inter-relação entre a necessidade de manter a temperatura do corpo dentro dos limites normais e outras NHFs.

(continua)

NECESSIDADES FUNDAMENTAIS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Evitar perigos ambientais	Risco de acidente relacionado com desconhecimento dos riscos ambientais (temperatura ambiente demasiada baixa, quer dizer, inferior a 18 ° C)
Comunicar-se	Alteração potencial da comunicação verbal (apatia) consecutiva a hipotermia
Aprender	Não adesão relacionada com antecipação dos efeitos secundários dos meios de prevenção para lutar contra o calor e o frio. Ignorância dos meios de prevenção para lutar contra o calor e o frio
Agir de acordo com suas crenças	Sufrimento espiritual relacionado com um conflito de valores decorrente da prescrição de um regime de saúde que exige modificações importantes para manter a constância da temperatura
Ocupar-se tendo em vista a auto realização	Intolerância à atividade relacionada com fadiga extrema, associada a diminuição da temperatura corporal
Distrair-se	Ausência de distrações relacionada com letargia consecutiva a hipotermia

Fonte: BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995.

Manter corpo limpo os tegumentos protegidos

No processo de envelhecimento, o idoso enfrenta o desafio de manter o corpo limpo e os tegumentos protegidos, principalmente se tiver algum adoecimento, pois a fragilidade faz parte do processo de senescência e senilidade, tornando-o vulnerável ao risco de solução continuidade da pele por meio mecânicos, o risco de quedas. Nos banhos e higiene pessoal, muitas vezes necessita de ajuda do outro.

A integridade da pele do idoso está exposta diretamente aos riscos ambientais sejam eles mecânicos ou químicos, e o próprio processo de senescência favorece o aparecimento de algumas lesões (queratoses, queratoses seborreicas, angioma rubi, e outros) demandando uma maior proteção para esse idoso.

Evitar perigos ambientais

Com o avançar da idade, os mecanismos de defesa perdem sua eficácia, com isso os idosos estão mais susceptíveis a doenças e são os mais atingidos pela poluição, infecções, e eventos geradores de violência e traumas.

A diminuição da acuidade visual e auditiva, a dificuldade na marcha, os Déficit sensoriais, os tornam mais vulneráveis às quedas, levando-os conseqüentemente ao consumo de medicamentos, e aí é que se faz o ciclo: problemas no envelhecimento – uso abusivo de medicamentos – quedas.

Vários fatores são geradores desses eventos de quedas e traumas, dentre eles estão: vertigens, fraqueza muscular, acuidade visual e auditiva diminuída, micções frequentes, marcha diminuída, confusão mental, depressão, calçados mal ajustados e ainda os perigos que o próprio ambiente favorece.

Quadro 4. Instruções entre a necessidade de evitar os perigos e as outras necessidades fundamentais.

NECESSIDADES FUNDAMENTAIS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Respirar normalmente	Risco de perturbação das trocas gasosas, relacionado com a imobilidade consecutiva da dor crônica, apatia ou ausência de motivação
Comer e beber	Déficit nutricional relacionado com anorexia em consequência de um estado depressivo
Eliminar os resíduos corporais	Alteração da eliminação urinária, relacionada com a incontinência consecutiva a modificações no ambiente, défices sensoriais ou confusão
Mover-se e manter a postura adequada	Intolerância à atividade relacionada com a depressão, dor ou utilização abusiva de medicamentos
Dormir e repousar	Perturbação dos hábitos de sono relacionada a mudanças no ambiente (institucionalização)
Vestir-se e despir-se	Incapacidade parcial de se vestir, relacionada com dor ou perturbações na locomoção
Manter a temperatura do corpo nos limites normais	Hipotermia potencial relacionada com a não utilização dos meios necessários para conservar a temperatura, na sequêcia de uma depressão

Quadro 4. Instruções entre a necessidade de evitar os perigos e as outras necessidades fundamentais.

(continua)

NECESSIDADES FUNDAMENTAIS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Manter o corpo limpo e tegumentos protegidos	Potencial para compromisso da integridade da pele, relacionado com a incapacidade de se levar consecutiva à fraqueza generalizada
Comunicar-se	Isolamento social, relacionado com velhice ou depressão
Agir de acordo com suas crenças	Sofrimento espiritual relacionado com a morte de uma pessoa significativa ou com o questionar do significado da dor e da doença
Ocupar-se tendo em vista a auto realização	Perturbação da imagem corporal, relacionada com depressão ou perda de funções corporais
Distrair-se	Falta de diversão relacionada com a monotonia do ambiente (internamento em lar)
Aprender	Risco de acidente relacionado com a falta de conhecimentos sobre os perigos dos ambientes

Fonte: BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995.

4.3.2 Componentes psicológicos

Comunicar-se

A necessidade de comunicar-se depende diretamente dos sentidos (visão, olfato e tato), no idoso, com as alterações próprias do envelhecimento, que se reporta à diminuição das capacidades sensório-perceptuais que são devidas às alterações fisiológicas nos níveis do tato, ouvido e visão, afetando a comunicação em si.

Os fatores ligados às dimensões da necessidade de comunicar-se dividem-se em quatro dimensões: a biofisiológica, a psicológica, a sociológica e cultural e /ou espiritual.

A dimensão biofisiológica aborda a integridade dos órgãos sensoriais; integridade do sistema locomotor; doença de Parkinson e o processo de senescência. A psicológica aborda a inteligência; a percepção, a personalidade e a emoção. E a sociológica estão as pessoas em volta e o ambiente inadequado, ambiente esse que muitas vezes será o marcador desse processo de comunicação.

QUADRO 5. Mudanças fisiológicas do envelhecimento relacionada com os sentidos, Fortaleza – CE, 2014.

Sentidos	Principais mudanças fisiológicas
<u>O tato</u>	<ul style="list-style-type: none">• Redução das sensações táteis e das sensações que se ligam à percepção da temperatura (calor ou frio), da pressão e da dor local
<u>A audição</u>	<ul style="list-style-type: none">• Degenerescência da fibra nervosa da audição• Espessamento do tímpano• Redução da produção de cerume• Rigidez acrescida dos ossículos do ouvido médio• Atrofia do nervo auditivo
<u>A visão</u>	<ul style="list-style-type: none">• Redução da acuidade visual• Redução da visão periférica e da visão lateral• Perda da capacidade que o olho tem de reagir rapidamente à escuridão• Redução da acomodação aos deslumbramentos e ao brilho luminoso• Perda da acomodação necessária para ver com nitidez os objetos próximos• Diminuição ou mesmo paragem do processo de reabsorção dos líquidos intraoculares, podendo provocar o glaucoma• Modificação da percepção das cores por causa do amarelecimento do cristalino• Modificação do cristalino (cataratas) e dos meios transparentes

Fonte: BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995.

Aprender

A satisfação da necessidade de aprender é uma necessidade de todo ser humano e é essencial para atingir um nível de funcionamento ótimo para se realizar de forma plena. Na velhice o ritmo é diminuído em todos os processos, principalmente de ordem fisiológica, sendo necessário esse entendimento, para que possamos estabelecer mecanismos de ajuda e suporte aos idosos que desejam manter um nível de aprendizado intelectual satisfatório.

Cabe muitas vezes aos familiares esse processo de ajuda ao idoso e as crenças religiosas que servirão como estímulos diretos à manutenção do aprender, e então sobrepor a todas as dificuldades de ordem psicológica, e a ordem biofisiológica fica a depender da saúde física do idoso.

4.3.3 Componentes espiritual/moral

Agir de acordo com suas crenças e valores

O ser humano necessita agir de acordo com suas crenças religiosas e de valores morais para manter sua identidade pessoal e a sua individualidade. Nos idosos essa necessidade é mais visível, ligados na aspiração de manter-se autônomos o mais tempo possível e ter uma morte digna.

Alguns fatores influenciam os idosos nessa necessidade, como: as emoções próprias da velhice e morte, desejo de comunicação com Deus, pensamentos relacionados com o fim da vida, capacidade de adaptação à doença e à morte, influências culturais, preconceitos, dentre outros.

Contudo, as crenças religiosas, qualquer que seja a crença, irá facilitar ao idoso aderir a atitudes e posicionamentos mais positivos face da realidade da velhice e da morte.

4.3.4 Componente social

Ocupar-se tendo em vista a auto realização e Distrair-se

O idoso para sentir-se realizado e seguro, necessita ocupar-se de alguma atividade seja ela física ou mental.

Nesse componente a redução das capacidades sensório-perceptuais próprias do envelhecimento alteram a necessidade de recrear-se, e essa redução se dá por vários fatores: perda de concentração, de memória, de interesse, déficit cognitivos e perceptuais, diminuição da mobilidade, da força muscular, da coordenação motora, a dor, o desconforto e o embaraço, a fadiga, o medo e a agitação.

O enfermeiro deve reconhecer tais fatores e ainda detectar a existência de barreiras, sejam elas físicas, psicológicas e socioeconômicas e a partir delas traçar um plano de cuidados de enfermagem. Tais barreiras muitas vezes dificultam ao ponto

de ampliar ou propiciar complicações importantes, as físicas são: imobilidade, dor, déficits visuais e auditivos, depressão, timidez e limitação financeira

4.4 Papel do Enfermeiro

A função da enfermagem é ajudar o paciente no desempenho das suas atividades. Auxiliando na sua saúde, recuperação ou morte serena, que seria desempenhada por ele sozinho se tivesse força ou conhecimento necessário para tal. Enfatiza que a enfermagem deve ajudar o paciente a conquistar sua independência o mais rápido possível.

A relação Enfermeiro-Doente, o enfermeiro deve substituir na pessoa o que lhe falta para que ela tenha de volta a independência e autonomia (HENDERSON, 1966)

Na relação enfermeiro-doente identificam-se três níveis de relação que variam entre o muito dependente até ao bastante independente: 1º Enfermeiro enquanto substituto do doente, 2º Enfermeiro enquanto auxiliar do doente, 3º Enfermeiro enquanto parceiro do doente.

Nas necessidades de respirar normalmente, eliminar e comer e beber, por exemplo, o enfermeiro age orientando e incentivando o idoso a adquirir os conhecimentos necessários à sua independência na satisfação dessas necessidades. Posteriormente o enfermeiro deve ser o “formador” do doente e sua família, assumindo-se com elemento de referência no caso de dúvidas ou necessidade de esclarecimentos.

O enfermeiro também tem frequentemente de realizar este ensino aos familiares e cuidadores de idosos, quando este se revela incapaz para satisfazer esta Necessidade Humana Fundamental após a alta.



METODOLOGIA

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo e natureza do estudo

Optou-se por um estudo transversal de cunho descritivo, exploratório e observacional. O estudo transversal é aquele no qual o pesquisador coleta os dados do experimento num único instante no tempo, obtendo um recorte momentâneo do fenômeno investigado (GIL, 2008).

Quantitativo, pois permite a utilização de instrumentos capazes de assegurar a confiabilidade dos achados, com a quantificação dos dados.

5.2 Local do estudo

Como local de estudo, decidiu-se por um hospital público, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), de referência terciária de abrangência estadual e regional para traumas musculoesqueléticos e acidentes violentos situado em Fortaleza - CE. O hospital tem capacidade de 474 leitos, em posição vertical, atua na urgência, emergência, funcionando 24 horas, realizando atendimento geral e especializado.

A investigação teve como cenário, a unidade de idosos deste hospital, é uma unidade constituída por duas enfermarias com 9 leitos cada (uma feminina e uma masculina) e em média mais 10 leitos extras diariamente, no qual o atendimento desses idosos é realizado por uma equipe multidisciplinar.

5.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por idosos internados com traumas musculoesqueléticos de membros inferiores de ambos os sexos na instituição hospitalar.

Para o cálculo do tamanho da amostra estimou-se uma prevalência P de 30%, fixou-se o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) e um erro amostral absoluto

de 6%. Esses valores aplicados na fórmula abaixo, indicada para populações finitas (N =342 pacientes), proporcionou uma amostra de tamanho “n” igual 133 pacientes.

$$n = \frac{z^2_{5\%} \times P \times Q \times N}{e^2(N-1) + z^2_{5\%} \times P \times Q}$$

Consideraram-se como critérios de inclusão: ter cognição preservada. E como critérios de exclusão: os idosos com diagnóstico de traumas musculoesquelético de membros inferiores, associado ao diagnóstico de trauma crânio encefálico (TCE) e queimaduras.

Os idosos eram abordados com apresentação da proposta de pesquisa, bem como a necessidade de avaliação física geral. O preenchimento do formulário e o exame físico durou em média 60 minutos com registros das medições (temperatura, pressão arterial) e informações adicionais coletadas dos prontuários.

5.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada de janeiro a agosto de 2014, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Familiarizamo-nos inicialmente com a equipe de enfermagem da unidade, conversávamos com os idosos e acompanhantes que nos abordavam para retirada de alguma dúvida ou a título de pedir alguma informação, e fizemos um elo com a enfermeira da unidade, que sempre era muito solícita e envolvida com os idosos. E essa aproximação junto à equipe e aos idosos foi nos favorecendo à coleta pois era adquirido por eles uma certa confiança. Também era respeitado os horários que eles, os idosos tiravam “um pequeno cochilo”, para que fossemos bem recebidos.

A coleta foi realizada duas vezes por semana para conseguirmos envolver o maior número possível de idosos. As idosas eram sempre as que eram mais transferidas para outra instituição que tinha convênio com a instituição para realizar o procedimento cirúrgico, no intuito de diminuir o tempo de internação desses idosos. Enquanto que os idosos homens passavam um maior tempo de internação, visto que

não havia muitas transferências masculinas para outras instituições, e o procedimento cirúrgico era realizado no próprio hospital, aumentando assim o tempo de internação hospitalar.

Utilizou-se um formulário fundamentado na teoria das necessidades fundamentais de Virgínia Henderson, o qual constava as 14 necessidades intrínsecas ao ser humano (respirar normalmente, comer e beber, eliminar resíduos corporais, dormir e repousar, evitar perigos ambientais, comunicar-se, corpo limpo e tegumentos protegidos, mover-se e manter a postura adequada), orientando a anamnese e o exame físico. Os idosos eram abordados com apresentação da proposta de pesquisa, bem como a necessidade de avaliação física geral. A duração do preenchimento do formulário juntamente com o exame físico teve em média 60 minutos. A coleta de dados deu-se de Jan./ago.2014.

Concluída essa etapa deu-se a investigação clínica (a coleta de dados) mediada pelo Processo de Enfermagem, incluindo a anamnese e o exame físico utilizando instrumento de avaliação clínica baseado nos fundamentos da teoria de Virgínia Henderson (2004), na qual constam quatorze necessidades fundamentais intrínsecas ao ser humano.

As alterações nas medições (temperatura, pressão arterial e achados importantes) identificados eram comunicadas à equipe, e em especial ao enfermeiro, para as providências cabíveis.

No referido formulário foram preenchidos dados da anamnese e exame físico e associado aos dados coletados no prontuário do tipo: exames clínicos, laboratoriais, imagem e registros no prontuário da evolução clínica do idoso.

Dia a dia e sempre que iniciávamos a coleta, realizávamos uma visita às enfermarias feminina e masculina, bem como o corredor da unidade, fazendo busca e analisando os possíveis idosos que seriam avaliados, sempre entrando em contato com a enfermeira da unidade, para identificarmos àqueles que atendiam os critérios de inclusão. Identificávamos também aqueles que seriam transferidos naquele dia para os hospitais de retaguarda, para que não iniciássemos a coleta sem ter que interromper se algum idoso que fosse ser transferido e estivesse sendo entrevistado.

5.5 Elaboração dos Enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem

A partir da coleta de dados, e das demandas das necessidades fundamentada no modelo teórico de Virgínia Henderson, foram identificados os termos (foco), iniciando-se uma nova etapa, que é a da construção e identificação dos termos argumentados com a **CIPE**[®], dando seguimento ao processo. Seguindo os passos propostos por Alfaro-LeFreve (2010), iniciou-se o processo de raciocínio de um diagnóstico, criou-se uma lista de possíveis problemas/diagnósticos, depois eliminou-se os similares, denominou-se os problemas potenciais e reais, foram identificados os fatores de risco. Após esta etapa, foram construídos os enunciados diagnósticos e resultados de enfermagem com base nas diretrizes do CIE, na norma 18.104, incluindo obrigatoriamente um termo do eixo Foco e um termo do eixo Julgamento, bem como outros termos de eixo que julgamos ser necessários para a construção.

A organização dos dados se deu por meio da elaboração de um banco de dados em uma planilha eletrônica de um banco de dados do programa Excel, para posteriormente ser transportado para o *Statiscal Package for the Social Sciences* (SPSS).

A partir dos dados coletados, além das variáveis sociodemográficas foram identificadas as condições clínicas o idoso pela anamnese e exame físico com o registro do formulário baseado nas quatorze necessidades fundamentais do idoso.

Foram classificadas e organizadas de acordo com o referencial teórico de Virgínia Henderson separando por componentes: Biológicos, Psicológicos, Sociais e Espirituais.

5.6 Análise dos dados

Os dados sociodemográficos dos idosos participantes foram analisados com base no material coletado na construção dos enunciados diagnósticos segundo a **CIPE**[®] 2013.

As características dos idosos e as necessidades fundamentais segundo as condições clínicas foram apresentadas em tabelas. Analisaram-se a associação entre QPA (queda da própria altura) e as características demográficas e clínicas dos idosos por meio dos testes de χ^2 e de razão de verossimilhança, quando se calcularam as

razões de chances e seus IC_{95%}. Os dados foram processados no SPSS 20.0, licença nº 10101131007.

Para a discussão dos resultados utilizou-se a **CIPE® versão 2** (2009), 2011 e 2013 e a literatura científica presente nos artigos identificados nas bases de dados consultada no tocante aos enunciados diagnósticos de enfermagem e a **CIPE®**.

5.7 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado com parecer de Nº 501.763 de 19 de dezembro de 2013 pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, e como coparticipante o Instituto Dr. José Frota (IJF), em plena consonância com as prerrogativas da Resolução 466/2012 – CNS para pesquisas envolvendo seres humanos. Ainda como exigido, os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos e ao método de coleta de dados e foram convidados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (BRASIL, 2012).



RESULTADOS E DISCUSSÕES

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Caracterização sociodemográfica dos idosos vítimas de traumas musculoesqueléticos

Foram entrevistados 133 idosos internados vítimas de trauma musculoesqueléticos aguardando procedimento cirúrgico, cujas características sociodemográficas no que tange ao sexo, faixa etária, estado civil, procedência, religião e doença de base, constam na tabela 1 a seguir.

Tabela 1. Distribuição do número de idosos, segundo dados sociodemográficos e doença de base. Fortaleza - CE, 2014.

Características	Nº	%
Sexo (n=133)		
Feminino	70	52,6
Masculino	63	47,4
Faixa etária(anos) (n=133) Média ± DP: 78,7 ± 9,9anos		
60 - 69	35	26,3
70 - 79	29	21,8
80 - 89	52	39,1
90 – 98	17	12,8
Estado civil (n=130)		
Casado	74	56,9
Solteiro	22	16,9
Viúvo	34	26,2
Procedência (n=128)		
Capital	47	36,7
Interior	81	63,3
Religião (n=132)		
Católica	104	78,8
Evangélica	25	18,9
Outras	3	2,3
Doença de base(n=133)		
Hipertensão (HAS)	57	42,9 ⁽¹⁾
Diabetes	26	19,5
Outras*	63	47,4

FONTE: Própria autora, 2014.

⁽¹⁾Variável com mais de uma resposta

* Osteoporose, Parkinson e Alzheimer

Dentre os participantes o sexo feminino (as idosas)(52,6%), superou o masculino (47,4%) dentre os entrevistados. Essa superação entre gêneros deve ao fato de estar diretamente ligado ao processo de menopausa da mulher, no qual há

uma redução significativa de estrogênio, provocando uma série de transformações no organismo da pessoa idosa, nas quais estão perdas ósseas, alterações cardiovasculares, alterações urinárias, problemas psicológicos, dentre outras. Ressaltando que essa perda óssea está intrinsecamente relacionada com o declínio de estrogênio produzido pelo ovário, já que esse hormônio tem ação protetora sobre o osso (SZEJNFELD, 2001).

Possuem efeito sobre inúmeros tecidos do corpo da mulher, a exemplo o ósseo e sua ausência associado ao tabagismo, torna a mulher idosa mais vulnerável às quedas e conseqüentemente às fraturas.

Estudos sobre perfil de idosos, apontam também o significativo número mulheres, que está na maior parte do tempo nos domicílios, deixando-os mais susceptíveis às quedas nos ambientes domésticos (GUITIERREZ 2014; CLARES, FREITAS E BORGES 2014).

Outros estudos apontaram o sexo masculino com maior prevalência uma vez que os homens estão mais expostos aos traumas, por circularem com maior frequência em perímetro urbano e por estarem inseridos por mais tempo no mercado de trabalho (SILVA, 2008).

A idade variou de 60 e 98 anos, no qual a faixa predominante foi entre 80 e 89 anos (39,1%), idosos longevos.

Em relação ao estado civil, a maior parte dos idosos (56,9%) eram casados, seguidos dos viúvos (26,2%) e finalmente os solteiros (16,9%). Em relação com quem os idosos residiam: 35,7% com seus cônjuges; seguidos de 34,1% que residiam com seus filhos; 11,6% moravam sozinhos; 9,3% moravam com irmão e/ou parentes.

Em quase sua totalidade 95,4% os participantes eram aposentados e contribuíam financeiramente nos gastos familiares. Segundo os resultados apresentados, 63,3 % do total de idosos eram provenientes do interior do estado, refletindo na falta de um suporte adequado ao atendimento a essa população, comprometendo e agravando o estado de saúde do idoso.

Percebe-se que a maior parte mora com os familiares diretos que são seus cônjuges e filhos, e que espera-se que estes devam direcionar mais o cuidado a seus entes queridos do que qualquer outro parente ou amigo/cuidador. Quanto à religião, 78,8% eram católicos, predominando em relação a outras religiões.

Em relação às condições clínicas, as comorbidades mais frequentes foram: hipertensão arterial (42,9%) e diabetes (19,5%). Outras doenças foram citadas com

frequências menores (41,4%): osteoporose, doença de *Parkinson* e doença de *Alzheimer*.

A hipertensão arterial que acompanha parte dos idosos do estudo ainda é um dos grandes problemas que o idoso enfrenta, pois a mesma demanda um olhar mais profundo para as mais diversas complicações. A considerável prevalência de hipertensão entre os idosos pode ser um agravante por ocasião da avaliação primária no trauma, a mesma ênfase deve ser dada em relação ao uso de medicação que pode interferir na referida avaliação (LIMA, 2011).

6.2 Condições clínicas dos idosos internados vítimas de trauma musculoesquelético

As condições clínicas dos idosos internados foram descritas e agrupadas de acordo com as necessidades humanas fundamentais de Virgínia Henderson. Foram descritas 21 condições clínicas e agrupadas em 8 necessidades.

Tabela 2. Distribuição dos idosos segundo as necessidades humanas fundamentais e condições clínicas, Fortaleza - CE, 2014.

NECESSIDADES	CONDIÇÕES CLÍNICAS	nº	%
Respirar normalmente	Dificuldade de respirar	18	13,5
	Comer e Beber de forma adequada	Dependência para alimentar- se	
	Independente	52	39,1
	Ajuda parcial	26	19,5
	Dependente total	55	41,4
	Cavidade oral		
	Sem anormalidades	42	31,6
	Falhas dentária/não prótese	50	37,6
	Uso de prótese	35	26,3
	Outras lesões	6	4,5
Eliminar resíduos corporais	Usa fraldas	102	76,7
	Usa aparelheira e/ou papagaio	31	23,3
	Continência	91	69,5
	Incontinência	40	30,5
	Uso de laxantes	47	35,3
	Nº de evacuações		
	1 a 2 vezes/ semana	75	57,7
3 a 6 vezes /semana	14	11,5	
	Diariamente	40	30,8
Dormir e repousar	Dificuldade em adormecer	55	41,4
	Insônia	35	26,3
	Repouso sem alteração	43	32,3
Evitar Perigos ambientais	Acidentes de trânsito	41	20,9
	Quedas da própria altura	92	69,2
	Histórico de quedas	51	38,9
	Dor referida	115	86,5
	Uso de medicação	92	78,6

Tabela 2. Distribuição dos idosos segundo as necessidades humanas fundamentais e condições clínicas, Fortaleza - CE, 2014.

NECESSIDADES	CONDIÇÕES CLÍNICAS	(continua)	
		nº	%
Comunicar-se	Acuidade Visual		
	Diminuída	130	98,5
	Ausente	2	1,5
	Acuidade auditiva		
	Normal	99	74,4
Corpo limpo e tegumentos protegidos	Diminuída	34	25,6
	Pele ressecada com Lesões senis	103	77,5
	Equimoses, hematomas	14	11,7
	Úlcera por pressão	10	7,9
	Outras lesões	10	7,9
Mover-se e manter a postura adequada	Fratura da diáfise de fêmur	86	64,7 ⁽¹⁾
	Fratura do colo de fêmur	27	20,3
	Fratura do trocânter	29	21,8

FONTE: Própria autora, 2014.

⁽¹⁾Variável com mais de uma resposta

A maior parte dos idosos do estudo possuíam dependência para alimentar-se, 55(41,4%) eram totalmente dependentes, 26(19,5%) dependentes parcialmente, ou seja necessitavam de alguma ajuda para alimentar-se.

Os idosos apresentavam algum grau de dependência para as eliminações urinárias e fecais, a exemplo: o uso de fraldas (76,7%), a imobilidade física e a fragilidade capilar predispondo o idoso a desenvolver lesões de pele, muitas vezes agravado pelo diabetes.

Das condições de sono e repouso, foi avaliado que tal necessidade do componente biofisiológico e psicológico suscita atenção especial por parte dos enfermeiros quanto a possíveis alterações do padrão de sono dos idosos. Pois, tais distúrbios podem resultar em prejuízos, expressos na forma de déficit de atenção, prejuízo da memória, irritabilidade, aumento da dor, entre outros (OLIVEIRA, 2014).

Muitos idosos do estudo referiam fazer uso de medicações (78,6%) para tratamento das doenças pré-existentes, utilizavam ansiolíticos para amenizar agitação e ansiedade (15,8%) associados ao uso tabagismo (31,6%) e ao etilismo (21,8%) que por sua vez requeriam mais atenção dos profissionais.

Os ansiolíticos, em especial os benzodiazepínicos, possuem também alto poder de solubilidade e uma rápida absorção independentemente da via que são administrados. Nos idosos devido ao aumento do tecido adiposo e diminuição do

quantitativo de água ocorre um tempo maior para excreção do medicamento, predispondo às quedas.

Algumas alterações decorrentes do envelhecimento normal modificam as características farmacocinéticas e farmacodinâmicas dos medicamentos. Destas, a alteração da gordura corporal, com aumento proporcional de mais de 35% entre as idades de 20 e 70 anos, alterações no metabolismo renal, hepático e na composição de proteínas plasmáticas de transporte são importantes fatores no aumento do risco das medicações em pacientes idosos.

O agravamento das condições de saúde somado à ansiedade (15,8%) e alterações do padrão do sono (67,7%) ocasionados pelo estranhamento do ambiente hospitalar e dependência das atividades básicas de vida diária (LIMA, 2011).

Alguns problemas auto referidos pelos idosos foram na sua grande maioria a acuidade visual diminuída (98,5%), acuidade auditiva diminuída (25,6%), constipação (57,7%). Tais problemas podem propiciar e/ou contribuir na ocorrência do trauma musculoesquelético de membros inferiores nestes idosos, por meio das quedas.

Tabela 3. Tipos de lesões de pele que os idosos internados apresentavam no momento da avaliação clínica do enfermeiro. Fortaleza – CE, 2014.

Tipos de Lesões de Pele	nº	%
Pele ressecada com Lesões senis* (1)	103	77,5
Equimoses; hematomas	14	11,7
Úlceras por pressão	10	7,9
Outras lesões	10	7,9
Total	137	100

FONTE: Própria autora, 2014.

*Lesões do tipo queratoses, queratoses seborréicas, angioma rubi, púrpura senil e elastose solar.

(1)Variável com mais de uma resposta.

Nesse estudo, muitos idosos apresentavam algum fator de risco para o aparecimento de complicações no decorrer da internação hospitalar somado ao evento traumático no qual estes estavam submetidos, contribuindo para o agravamento das condições clínicas do idoso.

Dentre esses fatores de risco está a fragilidade da pele do idoso, a imobilidade física, a fragilidade capilar e os adoecimentos musculoesqueléticos além

das demências predis põem o idoso a desenvolver além das lesões de pele, as atrofias comprometedoras da independência do idoso.

Na avaliação da integridade cutânea, os idosos tendem a ter redução da espessura epidérmica, do colágeno dérmico e da elasticidade tissular, acarretando maior fragilidade, caracterizada por uma pele seca, enrugada e flácida. Tais aspectos redobram a necessidade de cuidados no sentido de manter a pele limpa e hidratada, como também estimular a ingesta hídrica, especialmente aqueles restritos ao leito (SOUZA, 2007).

Como evidenciado no estudo, as lesões de pele representam significativamente alterações que contribuem para o agravamento das condições clínicas de idosos com incapacidades funcionais como a imobilidade.

As lesões de pele, do tipo ressecada com lesões senis (77,5%), (queratoses, queratoses seborreicas, angioma rubi, púrpura senil e elastose solar), representam significativamente alterações que contribuem para o agravamento das condições clínicas de idosos com incapacidades funcionais como a imobilidade, tornando a pele do idoso ainda mais fragilizada, susceptível ao desenvolvimento de úlcera por pressão.

Outras alterações da integridade da pele, comumente culminam em lesões denominadas úlceras por pressão (UPP), ou úlceras de decúbito, as quais têm sido fator de discussão na enfermagem, principalmente no ambiente hospitalar, problema que continua sendo comum em pacientes hospitalizados sem mobilização. Nesse estudo, 7,9% dos idosos desenvolveram UPP e 77,5% destes possuem várias lesões de pele que podem desencadear em uma UPP somados a outros fatores de risco, como o uso de fraldas, aparadeiras, bem como a imobilidade no leito.

Inúmeros fatores de risco têm sido apresentados como preditivos para o desenvolvimento de UPP, situação que acarreta maior sobrecarga física, emocional e social para o paciente e familiar, contribuindo para piora da qualidade de vida e elevação dos custos com serviços de saúde e consequente aumento no tempo de hospitalização e nas taxas de morbidade e mortalidade (BAVARESCO, 2011).

Dentre os fatores que predis põem os idosos a desenvolverem UP, destacam-se: fragilidade do envelhecimento, déficit de mobilidade e/ou sensibilidade, comprometimento do estado neurológico e mental, doenças sistêmicas, deficiência nutricional, edema, medicação, umidade, fricção e cisalhamento. A idade avançada, para a maioria dos autores, é apontada como um fator relevante na fisiopatogênese

da UPP, considerando que a diminuição da elasticidade, da textura e do manto lipolítico contribui para acelerar a lesão tissular (PINHO, 2012).

Em um estudo de revisão bibliográfica, encontrou-se que os principais problemas de pele em idosos são: as dermatites, infecção por fungos, prurido, tumores benignos e infecções virais, bem como a úlcera percebida como fator relevante para o rompimento da integridade da pele, evidenciado em pacientes com dificuldades de locomoção, realidade comum em idosos.

Enquanto maior órgão do corpo humano e responsável pela proteção, termorregulação, excreção, sustentação, percepção sensitiva entre outros, é fundamental a manutenção da pele íntegra para prevenir infecções e outras complicações e promover a autoestima (LIRA et al., 2012).

Ainda nesse contexto, estudo realizado em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) em Minas Gerais, destacou que na avaliação da integridade cutânea, os idosos tendem a ter redução da espessura epidérmica, do colágeno dérmico e da elasticidade tissular, acarretando maior fragilidade, caracterizada por uma pele seca, enrugada e flácida. Tais aspectos redobram a necessidade de cuidados no sentido de manter a pele limpa e hidratada, como também estimular a ingestão hídrica, especialmente aqueles restritos ao leito (OLIVEIRA, 2014).

Tabela 4. Análise da razão de chance de queda da própria altura (QPA) com as características demográficas e clínicas dos idosos internados. Fortaleza - CE, 2014.

Variáveis	QPA				RC	IC95%	P
	Sim		Não				
	nº	%	nº	%			
Sexo							0,036
Fem.	54	77,1	16	22,9	2,2	1,04 – 4,71	
Masc.	38	60,3	25	39,7	1,0		
Faixa etária(anos)							
90-98	15	88,2	2	11,8	7,08	1,40 – 35,70	0,010
80-89	42	80,8	10	19,2	3,97	1,52 – 10,32	0,004
70-79	17	58,6	12	41,4	1,33	0,49 – 3,61	0,565
60-69	18	51,4	17	48,6	1,0		
Com quem reside							
Outros	15	65,2	8	34,8	0,78	0,30 – 2,06	0,246
Sozinho	10	66,7	5	33,3	0,83	0,26 – 2,67	0,762
Familiares	67	70,5	28	29,5	1,0		
Tabagismo							0,234
Sim	32	76,2	10	23,8	1,7	0,72 – 3,80	
Não	60	65,9	31	34,1	1,0		

Tabela 4. Análise da razão de chance de queda da própria altura (QPA) com as características demográficas e clínicas dos idosos internados. Fortaleza - CE, 2014.

(continua)

Variáveis	QPA				RC	IC95%	P
	Sim		Não				
	nº	%	nº	%			
Uso de álcool							0,349
Sim	18	62,1	11	37,9	0,66	0,28 – 1,57	
Não	74	71,2	30	28,8	1,0		
Hipertensão							0,175
Sim	43	75,4	14	24,6	1,7	0,79 – 3,64	
Não	49	64,5	27	35,5	1,0		
Diabetes							0,340
Sim	20	76,9	6	23,1	1,62	0,59 – 4,40	
Não	72	67,3	35	32,7	1,0		
Uso de medicação							0,994
Sim	74	69,2	33	30,8	0,99	0,394 – 2,52	
Não	18	69,2	8	41	1,0		
Acuidade Visual							0,331
Diminuída	48	65,8	25	34,2	0,69	0,32 – 1,47	
Ausente	42	73,7	15	26,3	1,0		
Acuidade auditiva (referida pelo idoso)							0,285
Diminuída	66	66,7	33	33,3	0,62	0,25 – 1,50	
Normal	26	76,5	8	23,5	1,0		
Comprometimento Musculoesquelético							
Diáfise de Fêmur							0,328
Sim	57	66,3	29	33,7	0,67	0,30 – 1,49	
Não	57	66,3	29	33,7	1,0		
Trocânter do Fêmur							0,378
Sim	22	75,9	7	24,1	1,53	0,59 – 3,92	
Não	70	67,3	34	32,7	1,0		
Colo de Fêmur							0,880
Sim	19	70,4	8	29,6	1,07	0,42 – 2,70	
Não	73	68,9	33	31,1			

FONTE: Própria autora, 2014.

Os dados mostrados na Tabela 3, nos revelam que dos 98 idosos que caíram da própria altura, 54(77,1%) eram do sexo feminino com RC de 2,2, ou seja tinham 2,2 vezes mais chance de cair da própria altura, e que estas idosas mais longevas, da faixa etária de 90-98anos tinham 7,08 vezes mais chance de cair da própria altura.

Dentre os idosos que caíram da própria altura, eram tabagistas (76,2%) com RC de 1,7 vezes de cair da própria altura e os etilistas (62,1%); aqueles que faziam uso de medicamentos (69,2%) dentre eles anti-hipertensivos e ansiolíticos; e ainda 70,5% dos idosos residiam com seus familiares, o que nos mostra que a maioria dos idosos que caem, estão em seus domicílios.

A autonomia e a independência do idoso reflete diretamente em sua qualidade de vida. Considerando que as comorbidades inerentes ao processo de envelhecimento, sejam fatores agravantes da condição clínica deste, as mesmas não causam o impacto que um trauma musculoesquelético acarreta na mobilidade física. Assim, como a predisposição para o aparecimento de outros agravos como: as pneumonias, as úlceras por pressão, as incontinências, a constipação, as alterações do sono e dependências para as atividades diárias.

Tabela 5. Distribuição das vítimas segundo a etiologia do trauma. Fortaleza – CE, 2014.

Variáveis	nº	%
Atropelamento por moto	5	3,8
Acidente com moto	9	6,8
Outros acidentes	3	2,3
Queda da própria altura	92	69,2
Outras quedas	24	18,0
Total	133	100

FONTE: Própria autora, 2014.

Os acidentes de trânsito e quedas de um modo geral, em especial as quedas da própria altura, levam o idoso à incapacidade funcional, ou seja, perda da independência e autonomia, refletindo diretamente em sua qualidade de vida.

Tabela 6. Distribuição do número de comprometimentos musculoesqueléticos por queda da própria altura, Fortaleza – CE, 2014.

Comprometimento	QPA									
	Sim					Não				
	Masculino		Feminino		p ¹	Masculino		Feminino		p ¹
nº	%	nº	%	nº		%	nº	%		
Diáfise de Fêmur	19	50,0	38	70,4	0,719	17	68,0	12	75,0	0,158
Colo de Fêmur	11	28,9	8	14,8	0,704	5	20,0	3	18,8	0,425
Trocânter	13	34,2	9	16,7	0,846	4	16,0	3	18,8	0,111

FONTE: Própria autora, 2014.

Dentre os idosos participantes, em relação à queda da própria altura (87,2%), as mulheres sofreram mais fraturas da diáfise do fêmur (70,4%), enquanto o homem, sofreram os três comprometimentos equiparadamente, de fraturas do colo (28,9%) e trocânter de fêmur (34,2%) e de diáfise (50%). Nesses casos, os fatores predisponentes podem ser apontados como: acuidade visual diminuída (65,8%), a

acuidade auditiva (67,7%), o uso de medicação (69,2%), o uso de álcool (62,1%), como também o tabagismo (76,2%).

Tabela 7. Distribuição dos idosos por tempo de internação hospitalar, Fortaleza – CE, 2014.

Variáveis	nº	%
Tempo de internação (dias)		
1 a 3	33	25,0
4 a 7	47	35,6
8 a 15	27	20,5
16 a 30	13	9,8
31 a 45	12	9,1
Total	133	100

FONTE: Própria autora, 2014.

As condições de adoecimentos, decorrentes da vulnerabilidade do processo de envelhecimento, gera necessidades de atenção a essa parcela populacional em especial nas situações de traumas de membros inferiores, visto que gera imobilidade e exacerba agravos de doenças pré-existentes.

Os principais mecanismos de trauma mostrado pelo estudo, na tabela 2 são: acidentes de trânsito (20,9%) e queda da própria altura (69,2%). Corroborando com outros achados na literatura, nos quais a queda da própria altura lidera entre os principais mecanismos de trauma em idosos atendidos no serviço de emergência de traumas (RODRIGUES, 2012).

Dentre as causas do trauma musculoesquelético a queda da própria altura é a mais significativa, corroborando por outros estudos que também a destaca como principal causa, aumentando as internações hospitalares (ARLIANI, 2012) Esses traumas aumentam o risco iminente de morte pela perda sanguínea chegando muitas vezes ao choque hipovolêmico, pela cirurgia e ainda as complicações de doenças de base como o diabetes e a hipertensão arterial sistêmica, identificadas nos idosos do estudo (FARIAS, 2011)

A queda pode ser considerada um evento sentinela na vida do idoso, como um marcador potencial do declínio de uma função ou sintoma de uma nova doença, acarretando consequências desastrosas e marcantes (CLARES, 2014).

Conhecer as condições clínicas de idosos com trauma musculoesquelético de membros inferiores viabilizou o trabalho de enfermagem em equipe na prevenção de complicações.

Quanto a etiologia do trauma, o mais comum foram as quedas da própria altura (69,2%), liderando, seguido de outras quedas (18,0%), que são decorrentes na sua grande maioria de traumas de baixa energia, que são as quedas ocorridas dentro do próprio domicílio, vindo caracterizar por sua vez a localização anatômica da fratura, acometendo mais as de fêmur: diáfise de fêmur (64,7%); as de trocânter (21,8%) e as de colo de fêmur (20,3%), relacionadas na tabela 5.

As quedas da própria altura vem como a mais significativa dentre as causas do trauma musculoesquelético, corroborando com outros estudos que também a destacam como principal causa, aumentando as internações hospitalares em hospitais de urgência e emergência (MELO, 2011), nos quais vão desde um trauma de tornozelo ou mão até a grande traumas de membros inferiores como fratura de diáfise de fêmur, de colo de fêmur e de trocânter, nos quais são as mais agravantes no tocante ao risco iminente de morte pela perda sanguínea chegando muitas vezes ao choque hipovolêmico, ao risco de morte pela cirurgia e ainda as complicações de doenças de base como o diabetes e a hipertensão arterial sistêmica.

A exemplo de um trauma musculoesquelético de colo de fêmur por uma queda da própria altura, o idoso muito provavelmente perderá sua autonomia e a independência, levando-o a muitas outras comorbidades comprometedoras da sua saúde física e mental.

A queda é a causa mais comum de trauma não intencional e é responsável por 40% das mortes em idosos. Tanto a incidência de quedas como a gravidade das complicações aumentam com a idade mas a maioria não resulta em trauma sério (PHTLS, 2011). As quedas da própria altura são consideradas um evento traumático predominante nos idosos (MAESHIRO et al.).

Atualmente, o idoso com sua independência e autonomia, está exposto a agravos por causas externas, dentre eles os acidentes de trânsito e quedas de um modo geral, e em especial as quedas da própria altura, nas quais dentre os eventos de natureza traumática e diferentemente de outras faixas etárias, tem levado o idoso a incapacidade funcional, propiciando a perda da independência e autonomia.

Os principais mecanismos de trauma mostrado pelo estudo são: Acidentes de trânsito (12,1%), outras quedas (18,0%) e queda da própria altura (69,2%). As

idosas que sofreram queda da própria altura em sua maioria tiveram fratura de diáfise de fêmur (66,7%) como comprometimento musculoesquelético, especialmente as idosas longevas (72,6%).

A queda pode ser considerada um evento sentinela na vida do idoso, como um marcador potencial do declínio de uma função ou sintoma de uma nova doença, que poderá acarretar consequências desastrosas e marcantes que vão desde a perda da independência e autonomia incapacitando o idoso ou levando-o a complicações, culminando com a morte (SOUZA et al., 2009).

Podem ser vários os motivos ou o somatório de alguns que predispõem às quedas da própria altura no idoso. Alguns dos possíveis motivos ou o somatório são a acuidade visual diminuída (98,5%), o uso de medicação (78,6%), os tabagistas (31,6%) e os que fazem uso de álcool (21,6%).

Embora evidenciado nesses últimos anos o aumento das quedas nos idosos, a política de atenção voltada ao idoso ainda precisa avançar muito, pois as quedas, evento traumático que acontece na grande maioria das vezes no próprio domicílio, principalmente no que tange ao gênero feminino, no qual requer da família uma atenção especial ao seu familiar idoso, está associada à medidas de prevenção na atenção primária e a mercê de ações governamentais para adequação e mudanças arquitetônicas voltadas para essa população que cresce a cada dia.

A maior frequência das fraturas de fêmur ser no sexo feminino, deve-se ao fato deste gênero está mais exposto aos fatores de risco, pela maior prevalência de osteoporose, maior suscetibilidade para quedas, maior expectativa de vida do que os homens, além das influências antropométricas e fatores genéticos relacionados ao sexo (MESQUITA, 2009).

6.3 Construção dos Enunciados Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem.

Foram identificados 357 termos constantes e não constantes na CIPE® que foram utilizados para a elaboração dos enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Construídos e identificados os diagnósticos de enfermagem. Posteriormente organizados de acordo com as 14 necessidades humanas fundamentais de Virgínia Henderson, em seguida distribuídos em ordem

alfabética os resultados e por fim organizados por componentes os enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Quadro 6. Termos constantes na CIPE® e não constantes da CIPE® que foram utilizados para a elaboração dos enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Fortaleza - CE, 2014.

TERMOS UTILIZADOS PARA A CONSTRUÇÃO DOS ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS		
1. Aceitação	122. Fissura	246. Processo de sistema gastrointestinal
2. Aceitação da dieta	123. Flácido	247. Processo de sistema musculoesquelético
3. Aceitação do estado de saúde	124. Flatulência	248. Processo do sistema urinário
4. Acidente	125. Flebite	249. Processo espiritual
5. Acompanhante	126. Fome	250. Processo familiar
6. Adaptação	127. Fragilidade	251. Processo vascular
7. Adequada	128. Fratura	252. Prurido
8. Adesão	129. Frequência cardíaca	253. Pulso
9. Adesão ao regime medicamentoso	130. Frequência de pulso	254. Qualidade de vida
10. Adoecimento	131. Frequência respiratória	255. Queda
11. Adormecer	132. Gases	256. Queda da própria altura
12. Alergia	133. Hábitos do sono	257. Queimadura
13. Alimentação	134. Hábitos religiosos	258. Raiva
14. Alimenta-se com auxílio	135. Hematoma	259. Recuperação
15. Alimentos	136. Hidratação	260. Recuperação cirúrgica
16. Ambiente físico	137. Higiene oral	261. Relação de confiança
17. Angustia	138. Higienização	262. Relacionamento
18. Anodontia	139. Hipertensão	263. Relações afetiva
19. Ansiedade	140. Hipertermia	264. Relações conjugais
20. Ansioso	141. Hipotermia	265. Relações familiares
21. Anti coagulante	142. Hipodontia	266. Religião católica
22. Aparência física	143. Histórico de hipertermia	267. Religião evangélica
23. Apetite	144. Histórico de hipotermia	268. Renda familiar
24. Aposentado	145. Histórico de queda	269. Repouso
25. Aspiração	146. Idade	270. Resíduos corporais
26. Atenção	147. Idoso	271. Resposta a tratamento
27. Atividade atual de lazer	148. Imagem corporal	272. Resposta ao trauma
28. Atropelamento	149. Impactação	273. Resposta física
29. Audição	150. Incapacidade	274. Resposta psicológica
30. Ausculta pulmonar	151. Incontinência	275. Resposta psicológica a dor
31. Ausência de sono	152. Incontinência funcional	276. Restrito ao leito
32. Autocuidado	153. Incontinência urinária	277. Resultados
33. Autonomia	154. Independência funcional	278. Retenção hídrica
34. Banho no leito	155. Infecção	279. Retenção urinária
35. Banhos diários	156. Infecção cruzada	280. Retração torácica
36. Boca	157. Inflamação	281. Rotina
37. Cabeceira	158. Ingesta de líquidos	282. Roupas adequadas
38. Cadeira de rodas	159. Inseguro	283. Ruídos hidroaéreos
39. Cadeirante	160. Insônia	284. Salivação
40. Capacidade	161. Integridade	285. Sangue
41. Capacidade de discurso	162. Integridade da pele	
42. Capacidade de enxergar	163. Integridade tissular	
	164. Interação social	

43. Capacidade de vestir-se	165. Interesse em cuidar da saúde	286. Saudade da família
44. Capacidade olfativa	166. Intestinal	287. Saúde
45. Capacidade para a auto higienização	167. Laxantes	288. Seca
46. Capacidade para caminhar	168. Lesão	289. Secreção pulmonar
47. Capacidade para comunicar-se	169. Lesão física	290. Sedação
48. Capacidade para deglutir	170. Lesão por queda	291. Sede
49. Capacidade para mover-se	171. Lesão por transferência	292. Segurança
50. Capacidade para ouvir	172. Lesão de pele	293. Sentar
51. Cirurgia	173. Linguagem	294. Sinais vitais
52. Cognição	174. Manuseio	295. Sinal de desconforto
53. Colo de fêmur	175. Mastigação	296. Sinal de infecção
54. Comer e beber	176. Medicação	297. Síndrome
55. Complicação	177. Medo	298. Sintoma
56. Complicação clínicas	178. Medo da morte	299. Sintoma de infecção
57. Comportamento	179. Medo de abandono	300. Sintomas depressivos
58. Comunicação	180. Medo de tentar sentar	301. Sistema corporal
59. Condição	181. Membro afetado	302. Sistema musculoesquelético
60. Conforto	182. Membros inferiores	303. Sistema respiratório
61. Confuso	183. Memória	304. Sistema tegumentar
62. Conhecimento	184. Memória remota	305. Sistema urinário
63. Cônjuge	185. Memória recente	306. Sistema urinário feminino
64. Consciência	186. Memória, prejudicada	307. Sistema urinário masculino
65. Consegue vestir-se parcialmente	187. Micção	308. Socialização
66. Consolidação	188. Micção, prejudicada	309. Sofrimento
67. Constipação	189. Mobilidade no leito	310. Solidão
68. Continência	190. Morte	311. Sono
69. Controle	191. Motilidade	312. Sonolência
70. Coordenação	192. Movimento	313. Sozinho
71. Deambulação	193. Mucosas secas	314. Suor
72. Defecação	194. Mudança de decúbito	315. Suspeita
73. Déficit	195. Mutilação	316. Tabagismo
74. Déficit cognitivo	196. Não adesão	317. Tabagista
75. Deglutição	197. Não adesão ao regimento medicamentoso	318. Taquicardia
76. Dentição	198. Não concilia bem o sono	319. Tato
77. Dependência	199. Não consegue vestir-se	320. Temperatura
78. Dependente	200. Não dependente	321. Temperatura corporal
79. Depressão	201. Não se comunica	322. Tenso
80. Descansar	202. Não se movimenta sem o auxílio do acompanhante	323. Tíbia
81. Desconforto	203. Não tolera a dieta	324. Tomar banho
82. Desidratação	204. Náuseas	325. Tontura
83. Desnutrição	205. Necessidade	326. Tosse
84. Desolação	206. Necessidade de cuidado	327. Trauma
85. Desuso	207. Necessidade dietética	328. Trauma de pele
86. Dia	208. Necrose	329. Tremores
87. Dieta	209. Nervoso	330. Troca de curativo
88. Dificuldades na mastigação	210. Noite	331. Troca gasosa
89. Dignidade	211. Nutrição	332. Trocâter
90. Dispneia	212. Odor fétido	333. Trombose
91. Distensão abdominal	213. Olfato	334. Turgor da pele
92. Divertir-se	214. Orientação	335. Úlcera
93. Dor ao manuseio	215. Padrão de exercício	336. Úlcera por pressão
94. Dor abdominal	216. Padrão de higiene	337. Úlcera venosa
95. Dor musculoesquelética	217. Padrão de higiene oral	338. Urina
96. Dor no manuseio	218. Padrão de ingestão de líquidos	339. Urinária
97. Dor óssea		340. Uso de álcool
98. Dor pela fatura		341. Uso de aparadeira ou papagaio
99. Dormir		

100. Eczema	219. Padrão de mobilidade	342. Uso de cadeiras de rodas
101. Edema	220. Papel	343. Uso de fraldas
102. Edema periférico	221. Papel da família	344. Uso de lavagens intestinais
103. Eliminação	222. Paralisia	345. Uso de medicamentos
104. Eliminações nas fraldas	223. Pele cuidada	346. Uso de prótese dentária
105. Emoção	224. Pele descuidada	347. Uso de sonda vesical de demora
106. Enema	225. Pele seca	348. Utiliza cadeira de rodas
107. Enurese	226. Pele úmida	349. Ventilação
108. Escoriação	227. Percepção	350. Veste-se somente com a ajuda do acompanhante
109. Estado civil	228. Perfusão da ferida	351. Vestir-se ou despir-se
110. Estado de saúde	229. Perfusão tissular	352. Vias aéreas
111. Exame físico	230. Peso	353. Vigil
112. Expressão verbal	231. Plano	354. Vigilância
113. Fadiga	232. Postura	355. Visão
114. Falta de apetite	233. Prega cutânea	356. Vômito
115. Família	234. Prejudicada	357. Vontade de ir embora
116. Fé	235. Preocupação	
117. Febre	236. Preocupação com a família	
118. Fêmur	237. Preocupação em fazer a cirurgia	
119. Ferida	238. Preocupação em voltar para a casa	
120. Ferida traumática	239. Pressão	
121. Fezes	240. Prevenção	
	241. Prevenção de queda	
	242. Privacidade	
	243. Problema financeiro	
	244. Procedimentos	
	245. Procedimento cirúrgico	

FONTE: Própria autora, 2014.

Quadro 7. Enunciados diagnósticos de enfermagem construídos com base na CIPE® e nas condições clínicas dos idosos. Fortaleza – CE, 2014.

ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Ansiedade	Pele seca
Aparência física descuidada	Processo familiar prejudicado
Autocuidado com o corpo prejudicado	Recusa na mobilização do membro não afetado
Acuidade auditiva prejudicada	Retenção urinária
Acuidade visual prejudicada	Risco de alergia respiratória
Capacidade de vestir-se prejudicada	Risco de angústia espiritual
Capacidade para alimentar-se sozinho prejudicada	Risco de ansiedade
Capacidade para banho prejudicada	Risco de apneia
Capacidade para enxergar prejudicada	Risco de aspiração
Cognição diminuída	Risco de complicações clínicas
Comunicação prejudicada	Risco de consolidação óssea deformada
Constipação	Risco de constipação
Coordenação motora prejudicada	Risco de depressão
Capacidade de mover-se prejudicada	Risco de desidratação
Desconforto no leito	Risco de desnutrição
Desidratação	Risco de desuso físico
Desnutrição	Risco de diarreia
Diarreia	Risco de dignidade prejudicada
Dificuldade de adormecer	Risco de eliminação intestinal prejudicada
Dispneia discreta	Risco de fecaloma

Quadro 7. Enunciados diagnósticos de enfermagem construídos com base na CIPE® e nas condições clínicas dos idosos. Fortaleza – CE, 2014.

(continua)

Dignidade Prejudicada	Risco para desenvolver úlcera por pressão
Deglutição Prejudicada	Risco de infecção
Dispneia moderada	Risco de complicações clínicas
Dor abdominal	Risco de infecção cruzada
Dor aguda	Risco de infecção da mucosa oral
Dor musculoesquelética	Risco de ingestão nutricional prejudicada
Dor na ferida traumática	Risco de integridade da pele prejudicada
Dor na lesão por úlcera por pressão	Risco de lesão por queda
Dor óssea	Risco de queda aumentado
Eliminação intestinal prejudicada	Risco de retenção de líquidos
Eliminação urinária prejudicada	Risco de lesão física
Higiene corporal prejudicada	Risco de solidão
Higiene oral prejudicada	Risco de sono prejudicado
Impactação fecal	Risco de temperatura corporal aumentada (hipertermia)
Incapacidade de vestir-se sozinho	Risco de temperatura corporal diminuída (hipotermia)
Incontinência urinária funcional	Risco de trauma
Incontinência urinária	Risco de trombose venosa profunda
Infecção	Risco de úlcera por pressão
Integridade de pele prejudicada	Risco de vômito
Integridade tissular prejudicada	Risco de déficit dos membros
Isolamento social pela velhice	Risco de suicídio
Lesão por queda	Solidão
Manutenção da saúde prejudicada	Sono prejudicado
Medo da não realização da cirurgia	Sonolência
Medo de abandono	Tosse produtiva
Medo do procedimento cirúrgico	Tosse seca
Memória prejudicada	Troca de gases prejudicada
Mobilidade física prejudicada	Úlcera por pressão
Mobilidade no leito prejudicada	Volume de líquidos prejudicado
Mucosa oral prejudicada	
Náuseas	
Padrão respiratório prejudicado	

FONTE: Própria autora, 2014.

Quadro 8. Enunciados diagnósticos de enfermagem construídos com base na CIPE® e organizadas por Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson. Fortaleza – CE, 2014.

ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM POR NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS DE VIRGÍNIA HENDERSON	
Respirar normalmente	Dispneia discreta Dispneia moderada Padrão respiratório prejudicado Troca de gases prejudicada Tosse produtiva Tosse seca Risco de aspiração Risco de apneia Risco de alergia respiratória
Comer e beber de forma adequada	Ingestão de alimentos prejudicada Dentição prejudicada Capacidade para alimentar-se sozinho prejudicada Náuseas

Quadro 8. Enunciados diagnósticos de enfermagem construídos com base na CIPE® e organizadas por Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson. Fortaleza – CE, 2014.

(continua)

ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM POR NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS DE VIRGÍNIA HENDERSON	
	Desidratação Deglutição prejudicada Volume de líquidos prejudicada Risco de desnutrição Risco de desidratação Risco de ingestão nutricional prejudicada
Eliminar os resíduos corporais	Eliminação intestinal prejudicada Eliminação urinária prejudicada Constipação Impactação fecal Incontinência urinária Incontinência urinária funcional Dor abdominal Dor aguda Retenção urinária Diarreia Risco de retenção de líquidos Risco de eliminação intestinal prejudicada Risco de constipação Risco de úlcera por pressão Risco de fecaloma Risco de diarreia Risco de vômito
Movimentar-se a manter a postura correta	Capacidade de mover-se prejudicada Mobilidade física prejudicada Mobilidade no leito prejudicada Coordenação motora prejudicada Desconforto no leito Dor aguda Dor musculoesquelética Dor na ferida traumática Dor na lesão por úlcera por pressão Dor óssea Lesão por queda Recusa na mobilização do membro não afetado Risco de déficit dos membros Risco de consolidação óssea deformada Risco de desuso físico Risco de lesão física Risco de queda aumentado Risco de trombose venosa profunda Risco de complicações clínicas
Dormir e Repousar	Ansiedade Sono prejudicado Dificuldade de adormecer Sonolência Privação do sono Risco de sono prejudicado

Quadro 8. Enunciados diagnósticos de enfermagem construídos com base na CIPE® e organizadas por Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson. Fortaleza – CE, 2014.

(conclusão)

Vestir-se e despir-se	Capacidade de vestir-se prejudicada Incapacidade de vestir-se sozinho Aparência descuidada
Manter a temperatura corporal dentro de limites normais	Temperatura corporal aumentada (hipertermia) Temperatura corporal diminuída (hipotermia) Infecção Risco de temperatura corporal aumentada (hipertermia) Risco de temperatura corporal diminuída (hipotermia) Risco de Infecção
Manter corpo limpo e os tegumentos protegidos	Pele seca Autocuidado com o corpo prejudicado Capacidade para banho prejudicada Higiene oral prejudicada Higiene corporal Prejudicada Mucosa oral prejudicada Integridade de pele prejudicada Integridade tissular prejudicada Úlcera por pressão Risco de integridade de pele prejudicada Risco para desenvolver úlcera por pressão Risco de infecção da mucosa oral
Evitar perigos ambientais	Capacidade para enxergar prejudicada Manutenção da saúde prejudicada Medo da não realização da cirurgia Medo do procedimento cirúrgico Risco de lesão por queda Risco de trauma Risco de suicídio Risco de ansiedade Risco de infecção cruzada
Comunicar-se	Acuidade visual prejudicada Acuidade auditiva prejudicada Comunicação prejudicada Processo familiar prejudicado Isolamento social pela velhice Solidão Risco de solidão
Aprender	Memoria prejudicada Cognição diminuída
Agir de acordo com suas crenças e valores	Dignidade prejudicada Risco de dignidade prejudicada
Ocupar-se tendo em vista a auto realização	Não construído
Distrair-se	Medo de abandono Risco de angústia espiritual Risco de depressão

FONTE: Própria autora, 2014.

Quadro 9. Distribuição dos enunciados diagnósticos e resultados de enfermagem do idoso com trauma musculoesquelético, fundamentados em Virgínia Henderson, de acordo com a CIPE®. Fortaleza, 2014.

CONSTRUÇÃO DOS ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	
DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS DE ENFERMAGEM
Ansiedade	Ansiedade melhorada
Acuidade auditiva diminuída	Acuidade auditiva melhorada
Acuidade visual prejudicada	Acuidade visual melhorada
Autocuidado prejudicado	Autocuidado adequado
Capacidade de vestir-se prejudicada	Capacidade de vestir-se adequada
Capacidade para alimentar-se sozinho prejudicada	Capacidade para alimentar-se sozinho adequada
Capacidade para banho prejudicada	Capacidade para banho adequada
Capacidade para enxergar prejudicada	Capacidade para enxergar adequada
Cognição prejudicada	Cognição prejudicada diminuída
Comer e beber de forma prejudicada	Comer e beber de forma adequada
Comunicação prejudicada	Comunicação adequada
Constipação	Eliminações intestinais diárias
Coordenação motora prejudicada	Coordenação motora adequada
Deambulação prejudicada	Deambulação adequada
Déficit no autocuidado para a alimentação	Autocuidado para a alimentação satisfatório
Desconforto no leito	Conforto no leito
Desidratação	Hidratação
Desnutrição	Nutrição adequada
Dificuldade de adormecer	Adormecer sem dificuldades
Dispneia discreta	Respiração eupnéica
Dispneia moderada	Dispneia melhorada
Dor abdominal	Dor diminuída
	Ausência de dor
Dor aguda	Dor diminuída
Dor musculoesquelética	Dor diminuída
Dor na ferida traumática	Dor diminuída
	Ausência de dor
Dor na lesão por úlcera por pressão	Dor diminuída
	Ausência de dor
Dor óssea	Dor diminuída
Eliminação intestinal prejudicada	Eliminação intestinal adequada
Higiene corporal prejudicada	Higiene corporal adequada
Higiene oral prejudicada	Higiene oral adequada
Impactação fecal	Eliminação intestinal diária
Incapacidade de vestir-se sozinho	Capacidade de vestir-se sozinho
Incontinência funcional	Incontinência funcional diminuída
	Continência urinária
Incontinência urinária	Incontinência urinária diminuída
Infecção	Infecção controlada
Integridade da pele prejudicada	Integridade da pele preservada
Integridade tissular prejudicada	Integridade tissular melhorada
Isolamento social pela velhice	Isolamento social pela velhice diminuído
Lesão por queda presente	
Medo da não realização da cirurgia	Redução do medo da não realização da cirurgia
	Certeza da realização da cirurgia
Medo de abandono	Redução do medo de abandono
Medo do procedimento cirúrgico	Medo diminuído do procedimento cirúrgico
Memória prejudicada	Memória melhorada
Tabagismo	Tabagismo controlado
Mobilidade física prejudicada	Mobilidade física adequada
Mobilidade no leito prejudicada	Mobilidade no leito adequada
Mucosa oral alterada	Mucosa oral melhorada

Quadro 9. Distribuição dos enunciados diagnósticos e resultados de enfermagem do idoso com trauma musculoesquelético, fundamentados em Virgínia Henderson, de acordo com a CIPE®. Fortaleza, 2014.

(continua)

Náuseas	Bem estar gástrico
Padrão respiratório prejudicado	Padrão respiratório melhorado
Processo familiar prejudicado	Relações familiares equilibradas
Recusa na mobilização do membro afetado	Recusa diminuída na mobilização do membro afetado
	Mobilização do membro afetado
Respiração espontânea prejudicada	Respiração espontânea melhorada
Retenção urinária	Retenção urinária melhorada
Risco de alergia respiratória	Risco diminuído de alergia respiratória
Risco de angústia espiritual	Risco diminuído de angústia espiritual
	Equilíbrio emocional
Risco de apneia	Risco diminuído de apneia
Risco de aspiração	Risco diminuído de aspiração
Risco de complicações clínicas	Risco diminuído de complicações clínicas
Risco de consolidação óssea	Risco ausente de consolidação óssea
Risco de constipação	Risco diminuído de constipação
Risco de depressão	Risco de depressão diminuído
Risco de desidratação	Hidratação adequada
Risco de desnutrição	Nutrição adequada
Risco de desuso	Risco diminuído de desuso
Risco de diarreia	Eliminação intestinal adequada
Risco de dignidade prejudicada	Risco diminuído de dignidade prejudicada
Risco de eliminação prejudicada	Risco diminuído de eliminação prejudicada
Risco de fecaloma	Risco diminuído de fecaloma
	Risco ausente de fecaloma
Risco de infecção	Risco diminuído de infecção
Risco de infecção cruzada	Risco diminuído de infecção cruzada
Risco de infecção da mucosa oral	Risco diminuído de infecção da mucosa oral
	Risco diminuído de paralisia dos membros
Risco de paralisia dos membros	Mobilização dos membros
	Ingesta nutricional adequada
Risco de ingestão nutricional prejudicada	Risco ausente de ingestão nutricional prejudicada
	Risco diminuído de integridade da pele prejudicada
Risco de integridade da pele prejudicada	
	Risco diminuído de intolerância à atividade
Risco de intolerância à atividade	Risco diminuído de lesão por queda
Risco de lesão por queda	Risco diminuído de queda
Risco de queda aumentado	Risco diminuído de retenção de líquidos
Risco de retenção de líquidos	Risco diminuído de solidão
Risco de solidão	Risco diminuído de sono prejudicado
Risco de sono prejudicado	Risco diminuído de temperatura corporal aumentada (hipertermia)
	Temperatura corporal normal
Risco de temperatura corporal aumentada (hipertermia)	Risco diminuído de temperatura corporal diminuída (hipotermia)
	Temperatura corporal normal
Risco de temperatura corporal diminuída (hipotermia)	Risco diminuído de trauma
Risco de trauma	Risco diminuído de trauma de pele
Risco de trauma de pele	Risco diminuído de trombose venosa profunda
Risco de trombose venosa profunda	Integridade de pele adequada
Risco de úlcera por pressão	

Quadro 9. Distribuição dos enunciados diagnósticos e resultados de enfermagem do idoso com trauma musculoesquelético, fundamentados em Virgínia Henderson, de acordo com a CIPE®. Fortaleza, 2014.

(conclusão)	
Risco de volume de líquidos prejudicado	Risco diminuído de volume de líquidos prejudicado
Risco de vômito	Risco diminuído de vômito
Sono prejudicado	Sono adequado
Sonolência	Sonolência diminuída
Temperatura corporal aumentada (hipertermia)	Temperatura corporal normal
Temperatura corporal diminuída (hipotermia)	Temperatura corporal normal
Tosse produtiva	Tosse melhorada
Tosse seca	Tosse melhorada
Troca de gases prejudicada	Troca de gases adequada
Úlcera por pressão	Ausência de úlcera por pressão
	Integridade de pele melhorada
Volume de líquidos prejudicado	Volume de líquidos adequado

FONTE: Própria autora, 2014.

Quadro 10. Distribuição dos resultados de enfermagem fundamentados em Virgínia Henderson, de acordo com a CIPE®. Fortaleza - CE, 2014.

RESULTADOS DE ENFERMAGEM		
Acuidade auditiva melhorada	Integridade tissular melhorada	Tabagismo controlado
Acuidade visual melhorada	Isolamento social pela velhice diminuído	Risco diminuído de retenção de líquidos
Adormecer sem dificuldades	Medo diminuído do procedimento cirúrgico	Risco diminuído de solidão
Ansiedade melhorada	Memória melhorada	Risco diminuído de sono prejudicado
Aparência cuidada	Mobilidade física adequada	Risco diminuído de temperatura corporal aumentada (hipertermia)
Ausência de dor	Mobilidade no leito adequada	Temperatura corporal normal
Ausência de úlcera por pressão	Mucosa oral melhorada	Risco diminuído de temperatura corporal diminuída (hipotermia)
Autocuidado adequado	Padrão respiratório melhorado	Temperatura corporal normal
Autocuidado com o corpo	Relações familiares equilibradas	Risco diminuído de trauma
Autocuidado para a alimentação satisfatório	Recusa diminuída na mobilização do membro afetado	Risco diminuído de trauma de pele
Bem estar gástrico	Mobilização do membro afetado	Risco diminuído de trombose venosa profunda
Capacidade de vestir-se adequada	Respiração espontânea melhorada	Integridade de pele adequada
Capacidade de vestir-se sozinho	Mobilidade no leito adequada	Risco diminuído de volume de líquidos prejudicado
Capacidade para alimentar-se sozinho adequada	Mobilização do membro afetado	Risco diminuído de vômito
Capacidade para banho adequada	Mobilização dos membros	Sono adequado
Capacidade para enxergar adequada	Mucosa oral melhorada	Sonolência diminuída
Certeza da realização da cirurgia	Nutrição adequada	Temperatura corporal normal
Cognição adequada	Respiração eupneica	Tosse melhorada
Cognição prejudicada diminuída	Retenção urinária melhorada	Troca de gases adequada
	Risco ausente de consolidação óssea	
	Risco ausente de fecaloma	
	Risco diminuído de hipertermia	
	Risco ausente de ingestão	

<p>Comer e beber de forma adequada Comunicação adequada Conforto no leito Continência urinária Coordenação motora adequada Deambulação adequada Dispneia melhorada Dor diminuída Dor melhorada Eliminação intestinal adequada Eliminação intestinal diária Equilíbrio emocional Hidratação adequada Higiene corporal adequada Higiene oral adequada Incontinência funcional diminuída Incontinência urinária diminuída Infecção controlada Ingesta nutricional adequada Integridade da pele preservada Integridade de pele adequada Integridade de pele melhorada</p>	<p>nutricional prejudicada Risco diminuído de alergia respiratória Risco diminuído de angústia espiritual Risco diminuído de apneia Risco diminuído de aspiração Risco diminuído de complicações clínicas Risco diminuído de constipação Risco de depressão diminuído Hidratação adequada Risco diminuído de déficit dos membros Risco diminuído de desuso Risco diminuído de dignidade Risco diminuído de eliminação prejudicada Risco diminuído de fecaloma Risco diminuído de hipotermia Risco diminuído de infecção cruzada Risco diminuído de infecção da mucosa oral Risco diminuído de integridade da pele prejudicada Risco diminuído de intolerância à atividade Risco diminuído de lesão por queda</p>	<p>Ausência de úlcera por pressão Integridade de pele melhorada Volume de líquidos adequado Padrão respiratório melhorado Redução do medo da não realização da cirurgia Redução do medo de abandono Respiração espontânea Retenção urinária melhorada Risco de apneia diminuído Risco de aspiração diminuído Risco de hipertermia diminuído Risco de hipotermia diminuído Risco diminuído de alergia respiratória Risco diminuído de infecção Risco diminuído de lesão por queda Risco diminuído de trauma Risco diminuído de trauma de pele Risco diminuído de queda Nutrição adequada Sono adequado Troca de gases adequada Volume de líquidos adequado</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FONTE: Própria autora, 2014.

Quadro 11. Distribuição das intervenções de enfermagem fundamentadas em Virgínia Henderson, de acordo com a CIPE®. Fortaleza - CE, 2014.

CONSTRUÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
4	Abordar o idoso de forma calma e tranquila
5	Administrar analgesia nos momentos de dor
6	Administrar anticoagulantes conforme prescrito
7	Administrar enema intestinal
8	Administrar o uso de laxantes orais conforme prescrito
9	Ajudar o idoso na mobilidade no leito
10	Ajudar o idoso no autocuidado com a pele
11	Apoiar os cuidadores
12	Aspirar vias aéreas superiores quando preciso
13	Auxiliar na higienização (após evacuar e urinar)
14	Auxiliar o idoso a realizar movimentos ativos
15	Auxiliar o idoso na mudança de decúbito
16	Auxiliar o idoso no autocuidado com o corpo
17	Auxiliar o idoso no banho do leito
18	Auxiliar o idoso no controle do sono
19	Avaliar a aceitação da dieta
20	Avaliar a lesão a cada troca de curativo
21	Avaliar condição de mastigação e deglutição
22	Avaliar condição musculoesquelética
23	Avaliar o estresse do cuidador
24	Avaliar o turgor da pele do idoso
25	Avaliar resposta ao controle da dor
26	Avaliar risco de aspiração pulmonar
27	Avaliar sinais e sintomas de infecção nas lesões cutâneas
28	Avaliar sinais de desnutrição
29	Averiguar junto ao idoso os fatores que aliviam a dor
30	Colocar coxins de proteção nos locais
31	Deixar o idoso expressar seus sentimentos
32	Elevar a cabeceira do leito em 30-45°
33	Elevar grades de proteção do leito
34	Encorajar o acompanhante a auxiliar o idoso durante as refeições
35	Encorajar o idoso a alimentar-se sozinho
36	Encorajar o idoso a tossir eficazmente
37	Encorajar o idoso ao auto cuidado do corpo
38	Encorajar o idoso na mobilização no leito
39	Escutar o idoso com atenção
40	Estabelecer relação de confiança com o idoso
97	Monitorar sinais e sintomas de impactação fecal
98	Monitorar sinais e sintomas de impactação fecal
99	Monitorar sinais e sintomas de infecção
100	Monitorar sintomas e sintomas de infecção
101	Monitorar temperatura corporal
102	Monitorar temperatura corporal normal
103	Observar lesões na mucosa oral do idoso
104	Observar padrão de eliminações intestinais
105	Observar padrão respiratório
106	Observar prega cutânea
107	Observar sinais de ansiedade
108	Oferecer a dieta orientada
109	Oferecer ao idoso ajuda no banho até que o mesmo seja capaz de assumir o autocuidado
110	Oferecer apoio psicológico
111	Oferecer dieta preferida conforme orientação nutricional
112	Orientar a família sobre prevenção de queda
113	Orientar a família sobre terapia com líquidos
114	Orientar o acompanhante quanto a importância na mudança de decúbito
115	Orientar o idoso a tossir de forma eficaz
116	Orientar o idoso acerca das modificações da senescência
117	Orientar o idoso e o cuidador sobre a dieta laxativa apropriada
118	Orientar o idoso e o cuidador sobre a necessidade de hidratação do idoso
119	Orientar o idoso e o cuidador sobre os cuidados dos dispositivos de imobilização
120	Orientar o idoso quanto a realização de exames
121	Orientar o idoso sobre a necessidade de mastigação
122	Orientar sobre a ingestão de líquidos
123	Orientar sobre a medicação prescrita
124	Orientar sobre as medidas de segurança
125	Orientar sobre as necessidades dietéticas
126	Orientar sobre cuidado com as lesões de pele
127	Orientar sobre o autocuidado com a pele
128	Orientar sobre o cuidado oral
129	Orientar sobre o exercício nos membros não afetados

41 Estimular a comunicação do idoso com os colegas	130 Orientar sobre o padrão alimentar
42 Estimular a deambulação quando possível	131 Orientar sobre o sono
43 Estimular o idoso na ingestão de líquidos	132 Orientar sobre os acometimentos musculoesqueléticos
44 Estimular o repouso do idoso	133 Orientar sobre os cuidados com a higiene oral
45 Estimular o uso de prótese dentária	134 Orientar sobre os dispositivos para mobilização
46 Evitar o manuseio durante o sono do idoso	135 Orientar sobre prevenção de queda
47 Evitar os procedimentos durante o sono do idoso	136 Orientar sobre segurança do domicílio
48 Explicar ao idoso a necessidade da mudança de decúbito	137 Ouvir atentamente o idoso
49 Explicar os procedimentos ao idoso	138 Posicionar o idoso adequadamente no leito
50 Explicar o estado de saúde para o idoso	139 Preparar a pele antes da cirurgia
51 Hidratar a pele do idoso	140 Preparar o idoso para a cirurgia
52 Identificar as causas de constipação	141 Prevenir infecção cruzada
53 Identificar os efeitos colaterais causados pela medicação do idoso	142 Prevenir lesão mecânica
54 Identificar quais as medicações estão com o idoso e acompanhante	143 Prevenir lesão química
55 Incentivar o acompanhante a fazer massagem de conforto no idoso	144 Prevenir lesões de pele com tecnologias adequadas
56 Incentivar o uso de papagaio quando possível estimulando sua autonomia	145 Prevenir úlcera por pressão
57 Manter a hidratação da pele do idoso	146 Promover a independência do idoso com a higiene oral
58 Manter a privacidade do idoso durante as eliminações intestinais no leito	147 Promover a mobilidade dos outros membros não afetados
59 Manter a privacidade do idoso no leito	148 Promover apoio emocional ao idoso
60 Manter a roupa de cama limpa e esticada	149 Promover apoio familiar
61 Manter a temperatura corporal dentro de valores normais	150 Promover conforto físico
62 Manter acesso intravenoso pérvio	151 Promover higiene corporal
63 Manter de fácil acesso ao idoso seus objetos de uso pessoal	152 Promover higiene oral
64 Manter dignidade e privacidade	153 Promover mobilidade física
65 Manter integridade da pele do idoso	154 Promover o rodízio nos locais de medicações subcutâneas
66 Manter o corpo do idoso alinhado durante a movimentação no leito	155 Promover posição de conforto no leito
67 Manter pele limpa e seca	156 Promover privacidade do idoso
68 Manter ventilação adequada na enfermagem	157 Propiciar posição adequada para alimentação
69 Manter vias aéreas pérvias	158 Proporcionar a privacidade do idoso durante os procedimentos invasivos
70 Monitorar hipotermia	159 Proporcionar a privacidade para a eliminação intestinal
71 Monitorar a capacidade de deglutir	160 Proporcionar um ambiente calmo, tranquilo
72 Monitorar a circulação na área do corpo lesionada	161 Proporcionar um ambiente seguro
73 Monitorar a força muscular nos outros membros não lesionados	162 Proteger proeminências ósseas com coxins
74 Monitorar a hidratação e turgor da pele	163 Providenciar medidas de conforto no leito
75 Monitorar a ingestão de líquidos no idoso	164 Puncionar acesso venoso periférico seguro
76 Monitorar a integridade da pele do idoso	165 Realizar ausculta pulmonar diariamente
77 Monitorar a ocorrência crepitação óssea no tórax do idoso	166 Realizar cateterização vesical intermitente quando necessário
78 Monitorar a presença de edema nas extremidades	167 Realizar curativos de proteção em regiões com proeminência ósseas
79 Monitorar condições da pele no momento do banho	168 Realizar curativos de tratamento de úlcera de pressão
80 Monitorar eliminação urinária	169 Reduzir a ansiedade do idoso
81 Monitorar frequência cardíaca	170 Reduzir estímulos sonoros no ambiente
82 Monitorar frequência respiratória	171 Reduzir os estressores nos ambientes da instituição hospitalar
83 Monitorar hipertermia	
84 Monitorar motilidade intestinal	

85 Monitorar náuseas e vômitos	172 Reduzir os fatores de ansiedade no idosos
86 Monitorar níveis pressóricos do idoso	173 Reforçar as tentativas de manter o autocuidado
87 Monitorar os sinais e sintomas de retenção urinária	174 Registrar, náuseas e vômitos
88 Monitorar reflexo de tosse no idoso	175 Remover a impactação fecal quando necessário
89 Monitorar risco de queda do leito	176 Remover manualmente as fezes do idoso
90 Monitorar ruídos hidroaéreos	177 Respeitar o natural pudor do idoso
91 Monitorar sinais e sintomas de constipação	178 Solicitar avaliação nutricional
92 Monitorar ruídos hidroaéreos	179 Transferir paciente para outro hospital com segurança
93 Monitorar sinais de flebite e infiltração nos locais de infusão venosa	180 Transportar paciente do leito para maca com segurança
94 Monitorar sinais de desidratação no idoso	181 Utilizar linguagem acessível e apropriada com o idoso
95 Monitorar sinais de flebite e infiltração nos locais de infusão venosa	182 Vestir o idoso sempre que necessário
96 Monitorar sinais e sintomas de constipação	183 Vigiar padrão respiratório

Quadro 12. Distribuição dos enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem baseadas na CIPE®, organizadas pelos componentes do cuidado biofisiológico de acordo com as necessidades de respirar normalmente. Fortaleza - CE, 2014.

COMPONENTE BIOFISIOLÓGICO	
Respirar normalmente	
ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Dispneia discreta Dispneia moderada Padrão respiratório prejudicado Troca de gases prejudicada Tosse produtiva	Tosse seca Risco de aspiração Risco de apneia Risco de alergia respiratória
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Aspirar vias aéreas superiores quando preciso Avaliar risco de aspiração pulmonar Elevar a cabeceira do leito em 30-45° Encorajar o idoso a tossir eficazmente Observar padrão respiratório Orientar o idoso a tossir de forma eficaz Orientar sobre os dispositivos para mobilização	Manter vias aéreas pérvias Monitorar frequência cardíaca Monitorar frequência respiratória Monitorar reflexo de tosse no idoso Realizar ausculta pulmonar diariamente Vigiar padrão respiratório

FONTE: Própria autora, 2014.

Quadro 13. Distribuição dos enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem baseadas na CIPE®, organizadas pelos componentes do cuidado biofisiológico de acordo com as necessidades de comer e beber de forma adequada. Fortaleza - CE, 2014.

COMPONENTE BIOFISIOLÓGICO Comer e beber de forma adequada	
ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Ingestão de alimentos prejudicada Dentição prejudicada Capacidade para alimentar-se sozinho prejudicada Náuseas Desnutrição	Desidratação Deglutição prejudicada Volume de líquidos prejudicado Risco de desnutrição Risco de desidratação Risco de ingestão nutricional prejudicada
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Avaliar a aceitação da dieta Avaliar condição de mastigação e deglutição Avaliar sinais de desnutrição Estimular o idoso na ingestão de líquidos Estimular o uso de prótese dentária Monitorar a capacidade de deglutir Monitorar a ingestão de líquidos no idoso Monitorar ruídos hidroaéreos Monitorar sinais de desidratação no idoso Monitorar sinais de desidratação no idoso Observar prega cutânea Oferecer a dieta orientada	Oferecer dieta preferida conforme orientação nutricional Orientar a família sobre terapia com líquidos Orientar o idoso e o cuidador sobre a necessidade de hidratação do idoso Orientar o idoso sobre a necessidade de mastigação Orientar sobre a ingestão de líquidos Orientar sobre as necessidades dietéticas Orientar sobre o padrão alimentar Propiciar posição adequada para alimentação Registrar, náuseas e vômitos

FONTE: Própria autora, 2014.

Quadro 14. Distribuição dos enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem baseadas na CIPE®, organizadas pelos componentes do cuidado biofisiológico de acordo com as necessidades de eliminar resíduos corporais. Fortaleza - CE, 2014.

COMPONENTE BIOFISIOLÓGICO Eliminar os resíduos corporais	
ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Eliminação intestinal prejudicada Eliminação urinária prejudicada Constipação Impactação fecal Incontinência urinária Incontinência urinária funcional Dor abdominal Retenção urinária	Diarreia risco de vômito Risco de retenção de líquidos Risco de eliminação intestinal prejudicada Risco de constipação Risco de retenção de líquidos Risco de úlcera por pressão Risco de fecaloma Risco de diarreia
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Administrar enema intestinal Administrar o uso de laxantes orais conforme prescrito Auxiliar na higienização (após evacuar e urinar)	Manter a dignidade e privacidade Manter a privacidade do idoso durante as eliminações intestinais no leito Manter integridade da pele do idosos

Quadro 14. Distribuição dos enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem baseadas na CIPE®, organizadas pelos componentes do cuidado biofisiológico de acordo com as necessidades de eliminar resíduos corporais. Fortaleza - CE, 2014.

(continua)

COMPONENTE BIOFISIOLÓGICO Eliminar os resíduos corporais	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	Monitorar os sinais e sintomas de retenção urinária Monitorar perda de líquidos no idoso Monitorar quantidades de ingestão de líquidos

FONTE: Própria autora, 2014.

Quadro 15. Distribuição dos enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem baseadas na CIPE®, organizadas pelos componentes do cuidado biofisiológico de acordo com as necessidades de mover-se e manter a postura correta. Fortaleza - CE, 2014.

COMPONENTE BIOFISIOLÓGICO Mover-se manter a postura correta	
ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Capacidade de mover-se prejudicada Mobilidade física prejudicada Mobilidade no leito prejudicada Coordenação motora prejudicada Capacidade de deambular prejudicada Desconforto no leito Dor aguda Dor musculoesquelética Dor na ferida traumática Dor na lesão por úlcera por pressão	Dor óssea Lesão por queda presente Recusa na mobilização do membro afetado Risco de déficit dos membros Risco de consolidação óssea deformada Risco de desuso físico Risco de lesão física Risco de queda aumentado Risco de trombose venosa profunda Risco de complicações clínicas
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Administrar analgésicos conforme prescrito Abordar o idoso de forma calma e tranquila Administrar anticoagulantes conforme prescrito Avaliar condição musculoesquelética do idoso Avaliar a lesão a cada troca de curativo Avaliar resposta do controle da dor Administrar analgesia nos momentos de dor Administrar anticoagulantes conforme prescrito Ajudar o idoso na mobilidade no leito Auxiliar o idoso a realizar movimentos ativos Auxiliar o idoso na mudança de decúbito Auxiliar o idoso no banho do leito Avaliar condição musculoesquelética do idoso Avaliar resposta ao controle da dor Averiguar junto ao idoso os fatores que aliviam a dor Avaliar risco de aspiração pulmonar	Monitorar níveis pressóricos do idoso Monitorar pressão arterial Monitorar pulso pedioso Monitorar risco de queda do leito Monitorar condições da pele no momento do banho Monitorar frequência cardíaca Observar padrão de eliminações intestinais Orientar a família sobre prevenção de queda Orientar o acompanhante quanto a importância na mudança de decúbito Orientar sobre prevenção de quedas Orientar sobre os acometimentos musculoesqueléticos Oferecer ao idoso ajuda no banho até que o mesmo seja capaz de assumir o autocuidado

<p>Avaliar sinais e sintomas de infecção nas lesões cutâneas Colocar coxins de proteção nos locais Elevar grades de proteção do leito Encorajar o acompanhante a auxiliar durante as refeições Encorajar o idoso a alimentar-se sozinho Encorajar o idoso na mobilização no leito Encorajar o idoso nos exercícios coordenados dos membros não afetados Estimular o repouso do idoso Estabelecer relação de confiança com o idoso Estimular a deambulação quando possível Explicar ao idoso a necessidade da mudança de decúbito Explicar os procedimentos ao idoso Imobilizar a parte do corpo lesionada conforme prescrito Incentivar ao acompanhante a fazer massagem de conforto no idoso Investigar nos idosos quais os riscos de desenvolvimento para úlcera Hidratar a pele do idoso Manter de fácil acesso ao idoso seus objetos de uso pessoal Manter a hidratação da pele do idoso Manter a privacidade do idoso no leito Manter integridade da pele do idoso Manter o corpo do idoso alinhado durante a movimentação no leito Manter roupa de cama limpa e esticada Monitorar a hidratação e turgor da pele Monitorar a força muscular nos outros membros não lesionados Monitorar a ocorrência de crepitação óssea no tórax do idoso</p>	<p>Orientar o idoso e cuidador sobre os cuidados dos dispositivos de imobilização Orientar sobre os dispositivos para mobilização Orientar sobre prevenção de queda Posicionar o idoso adequadamente no leito Prevenir lesões de pele com tecnologias adequadas Promover mobilidade física Promover posição de conforto no leito Promover privacidade do idoso Proporcionar a privacidade do idoso durante os procedimentos invasivos Propiciar posição adequada para alimentação Proporcionar a privacidade para a eliminação intestinal Proteger proeminências ósseas com coxins Providenciar medidas de conforto no leito Realizar curativos de proteção em regiões com proeminência ósseas Respeitar o natural pudor do idoso Solicitar avaliação nutricional Transferir paciente para outro hospital com segurança Transportar paciente do leito para maca com segurança Monitorar frequência respiratória Monitorar hipertermia Monitorar motilidade intestinal Monitorar náuseas e vômitos Monitorar reflexo de tosse no idoso Monitorar ruídos hidroaéreos Monitorar sinais de desidratação no idoso Monitorar sinais de flebite e infiltração nos locais de infusão venosa Monitorar sinais e sintomas de constipação Monitorar a presença de edema nas extremidades</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FONTE: Própria autora, 2014.

Quadro 16. Distribuição dos enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem baseadas na CIPE[®], organizadas pelos componentes do cuidado biofisiológico de acordo com as necessidades de dormir e repousar. Fortaleza - CE, 2014.

COMPONENTE BIOFISIOLÓGICO Dormir e repousar	
ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Ansiedade Sono prejudicado Dificuldade de adormecer	Privação do sono Sonolência

Quadro 16. Distribuição dos enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem baseadas na CIPE®, organizadas pelos componentes do cuidado biofisiológico de acordo com as necessidades de dormir e repousar. Fortaleza - CE, 2014.

(continua)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Auxiliar o idoso no controle do sono	Manter ventilação adequada na enfermaria
Estimular o repouso do idoso	Observar sinais de ansiedade
Evitar o manuseio durante o sono do idoso	Orientar sobre a importância do sono
Evitar os procedimentos durante o sono do idoso	Reduzir estímulos sonoros no ambiente
Manter a dignidade e privacidade	Reduzir os fatores de ansiedade do idoso
	Reduzir os estressores nos ambientes da instituição hospitalar

FONTE: Própria autora, 2014.

Quadro 17. Distribuição dos enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem baseadas na CIPE®, organizadas pelos componentes do cuidado biofisiológico de acordo com as necessidades de vestir-se e despir-se. Fortaleza - CE, 2014.

COMPONENTE BIOFISIOLÓGICO Vestir-se e despir-se	
ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Aparência descuidada	Incapacidade de vestir-se sozinho
Capacidade de vestir-se prejudicada	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Manter integridade da pele dos idosos	Vestir o idoso sempre que necessário
Promover privacidade do idoso	

FONTE: Própria autora, 2014.

Quadro 18. Distribuição dos enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem baseadas na CIPE®, organizadas pelos componentes do cuidado biofisiológico de acordo com as necessidades de manter a temperatura corporal dentro dos limites normais. Fortaleza - CE, 2014.

COMPONENTE BIOFISIOLÓGICO Manter a temperatura corporal dentro de limites normais	
ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Temperatura corporal aumentada (hipertermia)	Risco de temperatura corporal diminuída (hipotermia)
Temperatura corporal diminuída (hipotermia)	Risco de Infecção
Infecção	
Risco de temperatura corporal aumentada (hipertermia)	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Monitorar temperatura corporal	Monitorar hipertermia
Manter a temperatura corporal dentro de valores normais	Orientar o idoso e o cuidador sobre a necessidade de hidratação do idoso
Monitorar hipotermia	

FONTE: Própria autora, 2014.

Quadro 19. Distribuição dos enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem baseados na CIPE®, organizados pelos componentes do cuidado biofisiológico de acordo com as necessidades de manter o corpo limpo e tegumentos protegidos normais. Fortaleza - CE, 2014.

COMPONENTE BIOFISIOLÓGICO	
Manter corpo limpo e os tegumentos protegidos	
ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Pele seca Autocuidado com o corpo prejudicado Capacidade para banho prejudicada Higiene oral prejudicada Higiene corporal prejudicada Mucosa oral prejudicada	Integridade de pele prejudicada Integridade tissular prejudicada Úlcera por pressão Risco de integridade de pele prejudicada Risco de trauma de pele Risco para desenvolver úlcera por pressão
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Ajudar o idoso no autocuidado com a pele Auxiliar o idoso no autocuidado com o corpo Avaliar a lesão a cada troca de curativo Avaliar o turgor da pele do idoso Avaliar sinais e sintomas de infecção nas lesões cutâneas Encorajar o idoso ao autocuidado do corpo Explicar os procedimentos ao idoso Hidratar a pele do idoso Manter a dignidade e privacidade Manter a hidratação da pele do idoso Manter pele limpa e seca Manter a privacidade do idoso no leito Manter integridade da pele do idosos Manter o acesso intravenoso pérvio Monitorar a hidratação da pele Monitorar a circulação na área do corpo lesionada Monitorar a integridade da pele do idoso Monitorar a presença de edema nas extremidades Monitorar condições da pele no momento do banho Monitorar sinais de flebite e infiltração nos locais de infusão venosa Observar lesões na mucosa oral do idoso Oferecer ajuda ao idoso no banho até que o mesmo seja capaz de assumir o autocuidado	Orientar o idoso e o cuidador sobre a necessidade de hidratação do idoso Orientar sobre cuidado com as lesões de pele Orientar sobre o autocuidado com a pele Orientar sobre o cuidado oral Orientar sobre os cuidados com a higiene oral Preparar a pele antes da cirurgia Prevenir lesão mecânica Prevenir lesão química Prevenir úlcera por pressão Promover a independência do idoso com a higiene oral Promover conforto físico Promover higiene corporal Promover higiene oral Promover o rodízio nos locais de medicações subcutâneas Promover privacidade do idoso Proporcionar a privacidade do idoso durante os procedimentos invasivos Puncionar acesso venoso periférico seguro Realizar curativos de tratamento de úlcera de pressão Reduzir os estressores nos ambientes da instituição hospitalar

FONTE: Própria autora, 2014.

Quadro 20. Distribuição dos enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem baseados na CIPE®, organizadas pelos componentes do cuidado biofisiológico de acordo com as necessidades de evitar perigos ambientais. Fortaleza - CE, 2014.

COMPONENTE BIOFISIOLÓGICO Evitar perigos ambientais	
ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Ansiedade Capacidade para enxergar prejudicada Manutenção da saúde prejudicada Medo da não realização da cirurgia Medo do procedimento cirúrgico	Risco de lesão por queda Risco de trauma Risco de suicídio Risco de ansiedade
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Identificar quais medicações estão com o idoso e acompanhante Identificar os efeitos colaterais causados pela medicação do idoso Monitorar níveis pressóricos do idoso Monitorar pressão arterial Monitorar sinais e sintomas de infecção Orientar o idoso quanto a realização de exames	Orientar sobre as medidas de segurança Orientar sobre prevenção de queda Orientar sobre a medicação prescrita Orientar sobre segurança do domicílio Prevenir infecção cruzada Prevenir lesão química Proporcionar a privacidade do idoso durante os procedimentos invasivos Puncionar acesso venoso periférico seguro

FONTE: Própria autora, 2014.

Quadro 21. Distribuição dos enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem baseados na CIPE®, organizadas pelos componentes do cuidado biofisiológico de acordo com as necessidades de mover-se e manter a postura adequada. Fortaleza - CE, 2014.

COMPONENTE BIOFISIOLÓGICO Mover-se e manter a postura adequada	
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Coordenação motora prejudicada	Auxiliar o idoso na mudança de decúbito Encorajar o idoso nos exercícios coordenados dos membros não afetados Orientar sobre os dispositivos para mobilização
Dor na lesão de úlcera por pressão	Administrar analgésicos conforme prescrito Avaliar a lesão a cada troca de curativo Avaliar resposta ao controle da dor Averiguar junto ao idoso os fatores que aliviam a dor Investigar nos idosos quais os riscos de desenvolvimento para úlcera Utilizar coberturas biológicas adequadas na UP
Recusa na mobilização dos membros não afetados	Abordar o idoso de forma calma e tranquila Monitorar a hidratação e turgor da pele Orientar sobre prevenção de quedas Promover mobilidade física Administrar anticoagulantes conforme prescrito

Quadro 21. Distribuição dos enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem baseados na CIPE®, organizadas pelos componentes do cuidado biofisiológico de acordo com as necessidades de mover-se e manter a postura adequada. Fortaleza - CE, 2014.

(continua)

COMPONENTE BIOFISIOLÓGICO	
Mover-se e manter a postura adequada	
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Risco de complicações clínicas	Avaliar risco de aspiração pulmonar Avaliar sinais e sintomas de infecção nas lesões cutâneas Monitorar condições da pele no momento do banho Monitorar frequência cardíaca Monitorar frequência respiratória Monitorar hipertermia Monitorar motilidade intestinal Monitorar náuseas e vômitos Monitorar reflexo de tosse no idoso Monitorar risco de queda do leito Monitorar ruídos hidroaéreos Monitorar sinais de desidratação no idoso Monitorar sinais de flebite e infiltração nos locais de infusão venosa Monitorar sinais e sintomas de constipação Monitorar temperatura corporal normal Observar lesões na mucosa oral do idoso Observar padrão respiratório Observar sinais de ansiedade Oferecer dieta preferida conforme orientação nutricional Promover mobilidade física Prevenir infecção cruzada Reduzir os estressores nos ambientes da instituição hospitalar
Risco de consolidação óssea deformada	Manter postura adequada no leito Orientar sobre os dispositivos para mobilização Utilizar corretamente os dispositivos para mobilização Providenciar o mais rápido possível a cirurgia
Risco de lesão por queda	Auxiliar o idoso na mudança de decúbito Manter elevadas as grades de proteção do leito Orientar ao acompanhante deixar próximo ao leito os pertences mais acessados pelo idoso Orientar sobre prevenção de queda
Risco de lesão física	Realizar manuseio com o idoso de forma carinhosa Utilizar coberturas protetoras da pele Utilizar coberturas adequadas nos acessos venosos
Capacidade de mover-se prejudicada	Estimular a deambulação quando possível Estimular o repouso do idoso
Desconforto no leito	Abordar o idoso de forma calma e tranquila Encorajar o acompanhante a hidratar a pele do idoso Estabelecer relação de confiança com o idoso Explicar ao idoso a necessidade da mudança de decúbito Incentivar o acompanhante a fazer massagem de conforto no idoso Manter a hidratação da pele do idoso Manter a privacidade do idoso no leito Manter a roupa de cama limpa e esticada

Quadro 21. Distribuição dos enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem baseados na CIPE[®], organizadas pelos componentes do cuidado biofisiológico de acordo com as necessidades de mover-se e manter a postura adequada. Fortaleza - CE, 2014.

(conclusão)

COMPONENTE BIOFISIOLÓGICO	
Mover-se e manter a postura adequada	
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Desconforto no leito	Manter integridade da pele do idoso Posicionar o idoso adequadamente no leito Promover posição de conforto no leito Propiciar posição adequada para alimentação Proporcionar a privacidade para a eliminação intestinal Proteger proveniências ósseas com coxins adequados Respeitar o natural pudor do idoso
Dor musculoesquelética	Administrar analgésicos conforme prescrito Administrar anticoagulantes conforme prescrito Avaliar condição musculoesquelética do idoso Avaliar resposta do controle da dor Hidratar a pele do idoso
Dor na ferida traumática	Administrar analgésicos conforme prescrito Administrar anticoagulantes conforme prescrito Avaliar resposta ao controle da dor Averiguar junto ao idoso os fatores que aliviam a dor
Dor óssea	Administrar analgésicos conforme prescrito Administrar anticoagulantes conforme prescrito Avaliar resposta ao controle da dor Averiguar junto ao idoso os fatores que aliviam a dor Prevenir lesões de pele com tecnologias adequadas
Lesão por queda presente	Imobilizar a parte do corpo lesionada conforme prescrito Ajudar o idoso na mobilidade no leito
Mobilidade física prejudicada	Imobilizar a parte do corpo lesionada conforme prescrito Orientar o idoso/ cuidador com cuidado com dispositivos(imobilização) Orientar sobre os acometimentos musculoesqueléticos
Mobilidade no leito prejudicada	Ajudar o idoso na mobilidade no leito Auxiliar o idoso no banho do leito Encorajar o idoso na mobilização no leito Explicar ao idoso a necessidade da mudança de decúbito Oferecer ao idoso ajuda no banho até que o mesmo seja capaz de assumir o autocuidado Orientar sobre os dispositivos para mobilização Realizar o banho no leito Respeitar o natural pudor do idoso
Risco de déficit dos membros	Auxiliar o idoso na mudança de decúbito
Risco de desuso físico	Auxiliar o idoso na mudança de decúbito Encorajar o idoso nos exercícios físicos no leito
Risco de quedas aumentado	Identificar as medicações que estão com o idoso e acompanhante Monitorar níveis pressóricos do idoso Monitorar sinais e sintomas de infecção Orientar o idoso quanto a realização de exames sobre as medidas de segurança Orientar sobre prevenção de queda Orientar sobre segurança do domicílio
Risco de trombose venosa profunda	Administrar anticoagulantes conforme prescrito Orientar o idoso/ cuidador com cuidado com dispositivos(imobilização)

O envelhecimento acarreta várias alterações significativas que levam à modificações na função pulmonar fisiológica, sendo observado o comprometimento na eficiência das trocas gasosas devido a redução da via aérea e da superfície alveolar. Ocorre a redução da complacência torácica e o aumento da complacência pulmonar, enquanto há diminuição da força muscular respiratória, restringindo então a capacidade vital. Conseqüentemente o oxigênio diminui, ocasionando a redução do débito cardíaco, da massa muscular corpórea, do volume alveolar alterando assim a relação ventilação/perfusão (SMELTZER, 2011).

A senescência afeta o sistema respiratório no seu todo, reduzindo a eficiência das trocas gasosas juntamente com a reserva respiratória pulmonar, reduz também a pressão arterial e o oxigênio diminui durante o exercício e o repouso (SMELTZER, 2011).

Com o avançar do envelhecimento, a necessidade de Comer e beber também é afetada, no qual o paladar e o olfato diminuem, a capacidade de mastigação, o peristaltismo, reduz-se também a sensação de fome e a secreção salivar, a secreção de ácido clorídrico também diminuem, diminui ainda consideravelmente a capacidade de absorção de nutrientes, pela diminuição de absorção pelas células da motilidade, há também um atrofiamento da mucosa e a redução do volume sanguíneo para esse processo de absorção, implicando diretamente no estado nutricional do idoso. Essas alterações acarretam implicações no estado nutricional (ELIOPOULOS, 2011).

E ainda contribuindo para esse processo da necessidade comer e beber, acontece também a perda dos dentes, e culturalmente na zona rural principalmente os idosos ficam com essas falhas dentárias, adquirem uma prótese, mas protelam o seu uso, contribuindo assim para muitas restrições alimentares, que podem levar a desequilíbrios no estado nutricional.

Os enunciados diagnósticos construídos nessa necessidade de Virgínia Henderson foram: “Ingestão de alimentos prejudicada”; “Dentição prejudicada”; “Capacidade para alimentar-se sozinho”; “Náuseas”; “Desnutrição”; “Desidratação”; “Deglutição prejudicada”; “Volume de Líquidos prejudicada”; “Risco de desnutrição”; “Risco de desidratação”.

A necessidade beber e comer adequadamente está relacionada diretamente com a necessidade eliminar resíduos, que associada ao evento traumático sofrido pelo idoso, somado a imobilidade no leito e ao ambiente e juntamente com o uso de vários medicamentos leva o idoso à constipação, que por sua vez pode evoluir para um fecaloma levando conseqüentemente ao aumento da frequência urinária ou uma incontinência urinária, pelo acúmulo de fezes no intestino, que anatomicamente pode levar à exercer pressão direta e indireta na bexiga do idoso.

As eliminações, são atividades essenciais à vida, cujo objetivo é de excretar os produtos resultantes do catabolismo orgânico. Com o processo de envelhecer, a musculatura do sistema urinário enfraquece, diminuindo assim, sua capacidade, e conseqüentemente, dificultando seu esvaziamento, podendo acarretar a retenção de grandes volumes de urina, a “retenção urinária”. Acontece também o retardo do reflexo miccional, o aumento da frequência urinária, a urgência urinária e a nictúria acompanham as mudanças na bexiga no processo de envelhecimento, que vão resultar nas “incontinências urinárias” (ELIOPOULOS, 2011).

Os enunciados diagnósticos construídos nessa necessidade de Virgínia Henderson foram: “Eliminação intestinal prejudicada”; “Eliminação urinária prejudicada”; “Constipação”; “Impactação fecal”; “Incontinência urinária”; “Incontinência urinária funcional”; “Dor abdominal”; “Dor aguda”; “Retenção urinária”; “Diarreia”; “Risco de retenção de líquidos”; “Risco de eliminação intestinal prejudicada”; “Risco de constipação”; “Risco de fecaloma”; “Risco de diarreia” e “Risco de vômito”.

A necessidade Mover-se e manter a postura adequada é a necessidade que quando afetada acarreta uma demanda em todas as outras necessidades humanas. A imobilidade física acarreta e predispõe o idoso a complicações clínicas que podem levá-lo ao desenvolvimento de uma úlcera por pressão ou até mesmo a óbito. O idoso quando restrito ao leito pela imobilidade física, restringirá também os outros sistemas do organismo.

Os enunciados diagnósticos de enfermagem Mobilidade física prejudicada e Mobilidade no leito prejudicada são anunciados quando há alteração na mobilidade física, afetando a necessidade do mover-se, no qual a movimentação e a locomoção

são atividades primordiais para a realização de suas atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária (SILVA, 2007).

Ainda na necessidade humana fundamental que é o Mover-se, vale ressaltar que o evento queda, principalmente a queda da própria altura (QPA), que leva a consequências desastrosas, no qual muitas vezes, além do medo de cair novamente, se tiver sido uma queda que não trouxe problemas imediatos, até a hospitalização com o evento cirúrgico. E esse medo pode favorecer ao declínio da saúde desse idoso, interferindo na realização das atividades de vida diária desse idoso (SILVA, 2007).

Em relação às condições clínicas, as comorbidades mais frequentes foram: hipertensão arterial (42,9%) e diabetes (19,5%) Outras doenças foram citadas com frequências menores (41,4%): osteoporose, doença de *Parkinson* e doença de *Alzheimer*. A imobilidade física, a fragilidade capilar e os adoecimentos musculoesqueléticos além das demências predispõem o idoso a desenvolver além das lesões de pele, as atrofias comprometedoras da independência do idoso, além do agravamento das condições de saúde somado à ansiedade (15,8%) e alterações do padrão do sono (67,7%) ocasionados pelo estranhamento do ambiente hospitalar e dependência para realização das atividades básicas de vida diária (SILVA, 2008).

O envelhecimento e a hospitalização contribui significativamente com as modificações nos hábitos de sono, acarretando consequências que vão desde cochilos longos durante o dia diminuindo o noturno até a ocorrência de mais quedas, doenças cardiovasculares e comprometimento cognitivo. Alguns podem dormir mais durante o dia na compensação de uma privação de sono noturno anterior enquanto outros cochilam durante o dia por inatividade, levando conseqüentemente a dificuldades do sono no período noturno (FICCA, 2010).

Os idosos do estudo costumavam cochilar um pouco antes do almoço e a grande maioria após o almoço, coincidindo com o cessar momentâneo das atividades da enfermagem na enfermaria. Iniciando no período da tarde novamente as atividades, os idosos voltavam a cochilar mesmo em tempo mais curto antes do jantar. Ou seja durante todo o dia nos momentos de inatividade os idosos cochilavam, conseqüentemente tinham o sono prejudicado à noite e sonolência durante o dia.

No estudo, 41,4% dos idosos relataram dificuldade em adormecer no período noturno, e 35% referiram insônia. Trazendo aqui o fator da hospitalização é muito elevado esse percentual de dificuldade para dormir.

O sono prejudicado do idoso também está diretamente relacionado com as outras necessidades humanas, visto que 30,5 % possuem incontinência urinária, que apesar do uso de fraldas, perturbam o sono do idoso; 86,5% referiam dor, entre elas a dor musculoesquelética e a dor na lesão de úlcera por pressão devido a não mudança de decúbito durante à noite.

Muitos idosos do estudo referiam o uso de ansiolíticos para amenizar as agitações e ansiedades (15,8%); associados ao tabagismo (31,6%) e ao etilismo (21,8%), ressaltando que esse uso deixa o idoso mais agitado, requerendo mais atenção dos profissionais.

Os ansiolíticos, em especial os benzodiazepínicos, possuem também alto poder de solubilidade e uma rápida absorção independentemente da via que serão administrados. Nos idosos devido ao aumento do tecido adiposo e diminuição do quantitativo de água ocorre um tempo maior para excreção do medicamento, predispondo às quedas.

O estudo nos proporciona a visualização que os idosos são portadores de uma série de alterações biopsicossociais que elevam a susceptibilidade às doenças e complicações clínicas estabelecidas pela própria condição do idoso e agravada pelo trauma musculoesquelético.

O evento traumático por sua vez leva o idoso à imobilidade afetando várias Necessidades Humanas Fundamentais, além das citadas anteriormente, o vestir-se e despir-se é prejudicado deixando o idoso muitas vezes incapaz de fazê-lo, levando-o a uma situação de comprometimento da capacidade funcional (MAESHIRO, 2013).

Os quadros relacionados abaixo fazem parte dos componentes psicológicos, espirituais/morais, nos quais foram também elaborados e identificados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, mas que não foram explorados.

Quadro 22. Distribuição dos enunciados diagnósticos e intervenções de enfermagem baseados na CIPE®, organizadas pelos componentes do cuidado Psicológicos Espiritual/moral e social de acordo com as Necessidades Humanas Fundamentais. Fortaleza - CE, 2014.

COMPONENTES PSICOLÓGICOS ESPIRITUAL/MORALSOCIAL	
ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Capacidade para enxergar prejudicada Cognição prejudicada Comunicação prejudicada Isolamento social pela velhice Memória prejudicada Processo familiar prejudicado Risco de solidão Solidão	Risco de dignidade prejudicada Manutenção da saúde prejudicada Medo de abandono Risco de angustia Risco de depressão Risco de insatisfação com a atenção a saúde Risco de solidão Solidão
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Abordar o idoso de forma calma e tranquila Apoiar os cuidadores Avaliar o estresse do cuidador Deixar o idoso expressar seus sentimentos Escutar o idoso com atenção Estabelecer relação de confiança com o idoso Estimular a comunicação do idoso com os colegas Estimular o idoso a ler Estimular o idoso a repetir histórias e fatos que lembrar para o acompanhante Explicitar o estado de saúde para o idoso Manter a privacidade do idoso Observar sinais de ansiedade Oferecer apoio psicológico Oferecer revistas para o idoso ver e ler	Orientar o idoso acerca das modificações da senescência Orientar o idoso e acompanhante para escrever quando possível Orientar sobre o exercício nos membros não afetados Promover apoio emocional ao idoso Promover apoio familiar Reduzir a ansiedade do idoso Reduzir os fatores de ansiedade no idoso Reforçar as tentativas de manter o autocuidado Respeitar o natural pudor do idoso Transferir o paciente para outro hospital com segurança Transportar paciente do leito para a maca com segurança Utilizar linguagem acessível e apropriada com o idoso

FONTE: Própria autora, 2014.

O Componente Psicológico engloba as Necessidades Humanas Fundamentais **comunicar-se e aprender**. Os enunciados diagnósticos para a necessidade **comunicar-se** foram: “Comunicação prejudicada”; “Capacidade para enxergar prejudicada”; “Processo familiar prejudicado”; “Isolamento social pela velhice”; “Solidão” e “Risco de solidão”. Foram construídas também as intervenções para esses diagnósticos: “Abordar o idoso de forma calma e tranquila”; “Apoiar os cuidadores”; “Avaliar o estresse do cuidador”; “Deixar o idoso expressar seus sentimentos”; “Escutar o idoso com atenção”; “Estabelecer relação de confiança com o idoso”; “Estimular a comunicação do idoso com os colegas”; “Explicitar o estado de saúde para o idoso”; “Orientar o idoso acerca das modificações da senescência”;

“Orientar sobre o exercício nos membros não afetados”; “Utilizar linguagem acessível e apropriada com o idoso”.

Para a necessidade **aprender** foram construídos os diagnósticos: “Memoria prejudicada”; “Cognição diminuída”; e as intervenções construídas foram: “Estimular o idoso a repetir histórias e fatos que lembrar para o acompanhante”; “Orientar o idoso e acompanhante para escrever quando possível”; “Estimular o idoso a ler”; “Oferecer revistas para o idoso ver e ler”

O Componente Espiritual/moral compreende a Necessidade humana fundamental **agir de acordo com suas crenças e valores** e foi identificado apenas dois diagnósticos que foi o “Dignidade prejudicada”; “Risco de dignidade prejudicada” com as seguintes intervenções: “Observar sinais de ansiedade”; “Reforçar as tentativas de manter o autocuidado”; “Transferir o paciente para outro hospital com segurança”; “Transportar paciente do leito para a maca com segurança”; “Manter a privacidade do idoso”; “Respeitar o natural pudor do idoso”.

O Componente Social engloba as Necessidades humanas fundamentais **ocupar-se tendo em vista a auto realização e distrair-se**, não foram construídos enunciados diagnósticos/resultados e intervenções para o primeiro diagnóstico dessa necessidade, já para a necessidade de **distrair-se** foram os seguintes enunciados diagnósticos: “Manutenção da saúde prejudicada”; “Medo de abandono e Solidão”; “Risco de solidão”; “Risco de angustia”; “Risco de depressão”; “Risco de insatisfação com a atenção a saúde” e as seguintes intervenções de enfermagem: “Reduzir a ansiedade do idoso”; “Observar sinais de ansiedade”; “Oferecer apoio psicológico”; “Promover apoio emocional ao idoso”; “Promover apoio familiar”; “Reduzir os fatores de ansiedade no idoso”; “Respeitar o natural pudor do idoso”.

A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE®) representa uma ferramenta que produz informações para a descrição da prática de enfermagem, bem como pode subsidiar a tomada de decisão pelo enfermeiro, por meio de uma linguagem unificada e universal. Ela permite a elaboração de enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem aos cuidados prescritos, utilizando uma análise combinatória dos termos, o que lhe confere maior flexibilidade e adequação da nomenclatura às realidades individuais. Estas ações desencadeiam informações que contribuem na contenção de custos, na informatização dos serviços de saúde, no controle do próprio trabalho de enfermagem e nos avanços da profissão (ICN, 2008).

Com a utilização da CIPE® nos cuidados para o idoso vítima de trauma musculoesquelético de membro inferior, os benefícios e dificuldades foram identificados: dentre os benefícios: ampla visibilidade à enfermagem, devido à capacidade de registrar a sua prática clínica; apoio na tomada de decisão clínica; avaliação do cuidado prestado e dos resultados apresentados pelos idosos; desenvolvimento de políticas de saúde e de subsídios de conhecimento através da pesquisa (CIPE®, 2007).

Com relação às dificuldades, constatou-se que requer muito tempo para a elaboração dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, sempre com o sentimento de inacabado, ou seja de que apenas está se iniciando o processo, e para sanar as dificuldades na elaboração destes, adotou-se Alfaro-Lefreve como suporte e embasamento no processo de construção.



CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

Ao avaliar as condições clínicas de idosos vítimas de traumas musculoesqueléticos de membros inferiores fundamentada no referencial teórico de Virgínia Henderson permitiu pensar e raciocinar acerca das necessidades dos idosos, bem como planejar ações para minimizar as complicações oriundas do evento traumático.

Contribuiu para refletirmos na perspectiva sobre a urgência de conhecimentos na enfermagem gerontológica e geriátrica com vistas a pensar o cuidado ao idoso internado com fratura, compreendendo as alterações da senescência e viabilizando a manutenção da capacidade funcional do idoso.

Assim, o estudo aponta para a necessidade de atentar quanto à importância da prevenção de quedas em idosos, uma vez que representa a principal causa de fraturas do fêmur nesta população, refletindo no comprometimento da independência, funcionalidade, qualidade de vida e longevidade dos mesmos.

Ressalta-se que os objetivos do estudo foram alcançados: primeiramente com a identificação das demandas de necessidades dos idosos vítimas de traumas musculoesqueléticos de membros inferiores, segundo Virgínia Henderson, que conjuntamente na aproximação com a teórica propiciou a interação com o idoso à beira do leito, levando ao pensar e raciocinar clinicamente, culminando na elaboração os enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem atingindo o segundo objetivo deste estudo, no qual foram identificados 364 termos, 103 enunciados diagnósticos, 119 resultados de enfermagem e 180 intervenções de enfermagem, constantes ou não na CIPE® 2013.

Vislumbrando a possibilidade que a Atenção Terciária em Saúde já é a última instância dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é que vimos como é possível pensar numa enfermagem de referência e de qualidade, no qual temos hoje em um hospital terciário de referência em traumas, uma unidade específica para idosos, que é sim o primeiro passo. Repercutindo com isso no trabalho da enfermagem, o quão se fortalece e por fim, possibilita a contribuição para a implementação da atenção ao idoso especializada e individualizada.

E se o conhecimento e o trabalho da Enfermagem forem fortalecidos, também estarão contribuindo com a implementação de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde dessa população. Abrindo espaço para a ampliação desse cuidado inclusive no pós alta, trabalhando com o idoso no processo de reabilitação para que possa recuperar sua autonomia e independência.

Durante o estudo considerou-se como pontos positivos: a aproximação da teórica Virgínia Henderson que me proporcionou um olhar mais aprofundado do cuidado de enfermagem ao idoso no ambiente hospitalar; a divulgação da CIPE®, principalmente na possibilidade de seu uso, sendo a mesma uma linguagem unificada, de fácil aplicabilidade e de proximidade com a prática clínica do enfermeiro.

É pretensão de a pesquisadora dar continuidade a esta pesquisa, em nível de Doutorado, a elaboração do Subconjunto terminológico da CIPE® para idosos vítimas de traumas musculoesqueléticos de membros inferiores e validação de conteúdo dos enunciados diagnósticos/resultados e de intervenções de enfermagem. Nesse contexto, vislumbra-se a necessidade de continuidade do estudo para a implantação do processo de enfermagem na referida unidade da instituição.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ÁLFARO, D.; FERNANDES FILHO, A.C. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado, PHTLS/NAEMT (National Association of Emergency Medical Technicians)**, 7ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

ALFARO-LÉFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo**. Tradução: Ana Thorell. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

AMANTE, L. N.; ROSSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D. G. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Rev.Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.43, n.1, Mar. 2009.

ARLIANI, G.G.; ASTUR D.C.; KANAS, M; KALEKA, C.C; COHEN, M. Anterior cruciate ligament injury: treatment and rehabilitation current perspectives and trends. **Rev Bras**, v.47, n.2, p.191-96, 2012.

BATISTA, A. S. et al. **Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social**. Brasília: MPS/SPPS, 2008. (Coleção Previdência Social, v. 28).

BAVARESCO, T.; MEDEIROS, R.H.; LUCENA, A.F. Implantação da Escala de Braden em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v.32, n.4, p.703-10, Dez. 2011.

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

BRASIL. Decreto n. 1948, de 03 de julho de 1996. **Regulamenta a Lei nº 8.842, de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso: cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências** [legislação na internet]. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. **Resolução nº 466/2012: dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012, 12p.

_____. Cadernos de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2007.

_____. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências** [legislação na internet]. Brasília; 2003.

_____. Decreto n. 1948, de 03 de julho de 1996. **Regulamenta a Lei nº 8.842, de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso: cria o conselho Nacional do Idoso e dá outras providências** [legislação na internet] Brasília; 1996.

BUKSMAN, S. et al. **Quedas em idosos: Prevenção** Elaboração Final: 26 de outubro de 2008.

CARVALHO, A.A.; GOMES, L.; TAVARES, A.B. Tabagismo em idosos em Instituições Brasileiras de Longa Permanência. **Acta Med Port**, Lisboa, v. 23, n. 2, p. 167-172, 2010.

CLARES, J.W.B; FREITAS, M. C de e BORGES, C.L. Fatores sociais e clínicos que causam limitação da mobilidade de idosos. **Acta paul. enferm**, v.27, n.3, p.237-242, 2014.

COENEN, A.; KIM, T. Y. Development of terminology subsets using ICNP®. **International Journal of Medical Informatics**, v. 79, p. 530-538, 2010.

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

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®**. Versão 2.0. São Paulo (SP): Algor Editora, 2011.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, 568p.

FARIAS, M.M; VIDMAR, M; FRANCYS, W.L.M. Risco de quedas em mulheres idosas com osteoartrose de joelho. **Rev Brasil Ciênc da Saúde**, v.27, p. 7-13, 2011.

FICCA, G.; AXELSSON, J.; MOLLICONE, D.J.; MUTO, V.; VITIELLO, M.V. Naps, cognition and performance. **Sleep Med Rev**, v.14, n.4, p.249-258, 2010

FREITAS, E.V.; et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3ª. ed. Grupo Editorial Nacional (GEN), 2012.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUZA, J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.44, n.2, p.407-412, 2010.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery**.. jan/mar, v.13, n.1, p.188-93, 2009.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M.M.L. **Sistematização da assistência de enfermagem**: reflexões sobre o processo. João Pessoa, 2000./trabalho apresentado em Mesa Redonda durante o 52ºCBEn, ocorrido em Recife – PE, 2000/(Mimeo).

GUTIERREZ, B.A.O; SILVA, H S da e SHIMIZU, H.E. Aspectos biopsicossociais e a complexidade assistencial de idosos hospitalizados. **Acta paul. Enferm**, v.27, n.5, p.427-433, 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas; 2008.

GORDON, M. **Nursing diagnosis**: process and application. 3ª. ed. New York: McGraw-Hill Book; 1994.

HENDERSON, V. **Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE**. Tradução: Idalina Gomes; et al. Lisboa: Lusodidacta, 2004.

HENDERSON, V. **The nature of nursing**. A definition and implications of practice, research and education. Nova York: 1966.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e pesquisas: informação demográfica e sócio econômica. Brasília, n.26, p.1-317, 2010.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **International classification for Nursing Practice: Version 2011**. Available from:
<http://icnp.clinicaltemplates.org/icnp/download/>.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **International classification for Nursing Practice: Version 2013**. Available from:
<http://icnp.clinicaltemplates.org/icnp/download/>.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). Genebra, Suíça. 2008.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **International Classification for Nursing Practice – ICNP® Version 1.0**. Genebra: 2005.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING. **CIPE Versão 1: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem/Comitê Internacional de Enfermeiros; [tradução Heimar de Fátima Marin]**. – São Paulo: Algor Editora, 2007.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Nursing's Next Advance: An International Classification System for Nursing practice (ICNP)** Geneva, Switzerland: ICN, Headquarters, 1993.120p.

LIMA, R. S.; CAMPOS, M. L. P. Perfil do idoso vítima de trauma atendido em uma Unidade de Urgência e Emergência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n.3, p. 659-64, 2011.

LIRA A.L.B.C.; et al. Integridade da pele em idosos: revisão da literatura segundo as cartas de promoção da saúde. **Cogitare Enferm**, v.17, n.4, p.767-74, Out/Dez. 2012.

MAESHIRO, F.L. et al. Capacidade funcional e a gravidade do trauma em idosos. **Acta paul. Enferm**, v.26, n.4, p.389-394. ISSN 1982-0194, 2013.

MARTINS J.J.; SCHIER J.; ERDMANN A.L. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.10, n.3, p.371-387, 2007.

MELO, S.C.B.; LEAL, S.M.C.; VARGAS, M.A.O. Internação de idosos por causas externas em um hospital público de trauma Internação de idosos por causas externas em um hospital público de trauma. **Enfermagem em Foco**. v. 2, n. 4, pp.226-230, 2011.

MESQUITA G.V; LIMA M.A.L.T.A.; Santos A.M.R.; ALVES E.L.M.; BRITO J.N.P.O.; MARTINS M.C.C.; Morbimortalidade em idosos por fratura proximal do fêmur. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n.1, p. 67-73, Jan-Mar. 2009.

NAYDUCH, D. **Nurse to Nurse: cuidados no trauma em enfermagem** /tradução: Ana Thorell; revisão técnica: Iveth Yamaguchi Whitaker, Carmen Mohamed Rita Saleh. Porto Alegre: AMGH, 2011. 619p.

NÓBREGA, M. M. L, GUTIÉRREZ M. G. R. **Sistemas de Classificação na Enfermagem: avanços e perspectivas**. In: Garcia TR, Nobrega MML, organizadores. **Sistemas de Classificação em Enfermagem: um trabalho coletivo**. João Pessoa (PB): Ideia; p.1-15, 2000.

NÓBREGA, M. M. L; GARCIA T. R. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®: instrumental tecnológico para a prática de enfermagem**. Apresentado na Mesa Redonda "Instrumento de Inovação Tecnológica e Política no Trabalho em Saúde e Enfermagem - a Experiência da CIPE®/CIPESC", Seminário Internacional sobre o Trabalho na Enfermagem, Curitiba-PR, abril de 2008.

NÓBREGA, M.M.; SILVA, K. L. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2. ed. Belo Horizonte: ABEn, 2008.

NÓBREGA, M.M. da (Org.). **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPA utilizando a CIPE®**. João Pessoa: Ideia, 2011. 400p.

NUNES, M.I.; SANTOS, M. dos.; FERRETI, R.E.L. **Enfermagem em geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

OLIVEIRA, P.B.; TAVARES, D.M.S. Health conditions of elderly residents in Long-stay Institution second basic human needs. **Rev Bras Enferm**, v.67, n.2, p.241-246. 2014.

PHTLS – Pré hospital trauma life support. NAEMT. São Paulo: Elsevier, 2012.

PINHO, T.A.; et al. Assessing the risk of falls for the elderly in Basic Health Unit. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.2, p.320-7. 2012.

QUEIROZ, S.M.B.; ABREU, R.N.D.C.; FREITAS, M.C. Diagnósticos de enfermagem classificação internacional para prática de enfermagem (CIPE®): revisão integrativa. In: 15º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem – CBCENF, 2012, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: COFEn, 09 a 12 de agosto de 2012.

RODRIGUES, J.; CIOSAK, S.I. Idosos vítimas de trauma: análise de fatores de risco. **Rev. esc. enferm. USP [online]**. v.46, n.6, pp. 1400-1405. 2012.

SABA, V.K.; HOVENGA, E.; COENEN, A.; McCORMICK, K.; BAKKEN, S. Nursing language – terminology models for nurses. *ISO Bull.* 2003; September: 16-8.

SANTA'NNA, R. M. de; CÂMARA, P.; BRAGA, M. G. C. **Mobilidade na terceira idade: como planejar o futuro.** *Textos Envelhecimento*, v.6, n.2, p. 5-6, 2003.

SILVA, F.S.; OLIVEIRA, S.K.; MORENO, F.N.; MARTINS, E.A.P. Trauma no idoso: casos atendidos por um Sistema de Atendimento de Urgência em Londrina, 2005. **Rev Comum Ciênc Saúde**. v.19, n.3, p.207-14, 2008.

SILVA, T.M.; NAKATANI, A.Y.; SOUZA, A.C.; LIMA, M.C. [The vulnerability of the aged for the falls: analysis of the critical incidentes]. **Rev Eletr Enf**, Portuguese, v.9, n.1, p.64-78, 2007.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. *Tratado de enfermagem medico cirúrgico*. São Paulo: Guanabara Koogan; 2011.

SOUZA, R.M.C.; MALVESTIO, M.A.; CALIL, A.M.; PARANTHOS, W.Y. **Atração no trauma: uma abordagem para a enfermagem.** São Paulo: Atheneu; 2009; p.17-47.

SOUZA DMST, SANTOS VLGG. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos Institucionalizados, **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n.5, 2007.

SZEJNFELD, V.L. **Reumatologia**. In: Prado FC, Ramos J, Valle JR. *Atualização terapêutica*. 20ªed. São Paulo: Artes Médicas: 2001; 18: 1434-7.

TOMEY, A. M. – Virgínia Henderson: definição de enfermagem. In TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. 5ª ed. Lusodidacta, 2004.

TOMPSON, L. V. Alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento. in: GUCCIONE, A.A. **Fisioterapia geriátrica**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap.3, p.27-52, 2002.

VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.231-238, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age**. Geneva. 2007

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCE)

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE IDOSOS COM TRAUMAS MUSCULOESQUELÉTICOS DE MEMBROS INFERIORES: fundamentação para a prática clínica do enfermeiro** sendo realizada por Samia Mara Barros de Queiroz, enfermeira, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual do Ceará, nível mestrado, sob orientação da Profa. Maria Célia de Freitas.

Assim, queremos convidar o(a) senhor(a) para você participar da mesma. O estudo tem como objetivos conhecer as demandas do idoso com traumas musculoesqueléticos de membros inferiores baseadas no referencial teórico de Virgínia Henderson, elaborar as afirmativas diagnósticas de enfermagem, segundo a CIPE[®], para a clientela em tela e estruturar um Subconjunto Terminológico da CIPE[®] a partir dos diagnósticos de enfermagem identificados para áreas de especialidade traumatológica em idosos da atenção terciária em saúde, que sejam sensíveis a nossa realidade, e possa favorecer a integração do conhecimento científico e do conhecimento prático, assim como a utilização de uma linguagem unificada para a documentação da prática profissional. Sua participação será participando de uma entrevista e depois permitindo que o(a) pesquisador(a) examine seu corpo conte sua pulsação, verifique sua pressão arterial, verifique a circunferência abdominal e dos quadris, peso e altura. O (a) senhor (a) terá plena liberdade para aceitar ou não o convite para participar, assim como, de permanecer ou não no estudo sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Informo que os riscos da atividade são mínimos e o(a) pesquisador(a) estará atento para resolvê-los ou minimizá-los. Os riscos de sua participação poderão ser: constrangimento em expor parte de seu corpo. Para minimizar, os(as) pesquisadores (as) respeitarão a individualidade no ambiente hospitalar com o uso de divisórias no leito (BIOMBOS) de modo a garantir a privacidade. Se mesmo assim, o participante permanecer com algum receio, a entrevista ou exame físico será suspenso e a continuidade ficará a critério do pesquisado. Os participantes serão beneficiados com a construção de diagnósticos de enfermagem para esta clientela, implantação de um cuidado mais direcionado e mais específico melhorando a assistência de enfermagem a este grupo. Solicito sua permissão para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e para publicá-los em periódicos da área, garantindo sigilo sobre sua identidade e as informações prestadas serão utilizadas exclusivamente para os fins deste estudo, ou seja, preparação de trabalhos para apresentação na disciplina do Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde assim como, apresentá-lo em eventos científicos e elaborar artigos para publicar. Posteriormente os resultados das mesmas serão socializados por meio de reunião com os participantes. Este termo será preenchido em duas vias, uma para o pesquisado e a outra para o pesquisador. Para esclarecer dúvidas sobre essa atividade, favor se comunicar com a pesquisadora e a professora responsáveis pelo telefone: 87362912/99837248 respectivamente ou comunicar-se com o Comitê de Ética em Pesquisa do Universidade Estadual do Ceará pelo telefone 3101. 9890.

Samia Mara Barros de Queiroz
Pesquisadora

Maria Célia de Freitas
Professora

Eu, _____, declaro que depois de ser esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa, e para que a pesquisadora apresente os seus resultados em eventos científicos e/ou os publiquem em periódicos da área.

Fortaleza, _____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura ou Digital do Pesquisado

Assinatura de quem recebeu o Consentimento

Endereço da pesquisadora responsável:
Rua Leon Gradvhof, 150 casa 1 Maraponga
Fortaleza – Ce. CEP: 60711150
Contato: 85 87362912
E-mail: samiaqueiroz@yahoo.com.br

APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados – ICD

NOME: _____¹IDADE: _____

²SEXO: ¹F ²M DN: ____/____/____ ³EST. CIVIL: ¹CASADO () ²SOLTEIRO () ³VIÚVO

⁴COM QUEM RESIDE: ¹CÔNJUGE () ²FILHO () ³FILHA () ⁴FILHOS () ⁵IRMÃ () ⁶

IRMÃO () ⁷AMIGOS () ⁸PARENTES ⁹CUIDADOR () ADMISSÃO: ____/____/____

⁵APOSENTADO: ¹SIM () ²NÃO ()

DATA DE INTERNAÇÃO NA UNIDADE: ____/____/____

⁶PROCEDÊNCIA: ¹CAPITAL () ²INTERIOR ()

INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E DOENÇA _____

⁸USO DE MEDICAÇÕES: S¹ N² QUAIS: _____

EXAME FÍSICO:⁹ PAS ____X ¹⁰PAD ____ mmHg ¹¹PULSO: ____ bpm

¹²ALERGIAS: ¹SIM () ²NÃO () _____

¹³TABAGISTA: ¹SIM () ²NÃO () ¹⁴USO DE ÁLCOOL: ¹SIM () ²NÃO ()

¹⁵MOTIVO DE ATENDIMENTO

- | | |
|------------------------------------------|----------------------------------------------|
| ¹ () Atropelamento por moto | ⁶ () Atropelamento por bicicleta |
| ² () Atropelamento por carro | ⁷ () Queda da própria altura |
| ³ () Acidente com moto | ⁸ () Acidente com carro |
| ⁴ () Acidente com bicicleta | ⁹ () Outras quedas |
| ⁵ () Outros acidentes | |

¹⁶LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA DA FRATURA

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------|
| ¹ () Crânio | ² () Face |
| ³ () Tórax | ⁴ () Bacia |
| ⁵ () MMSS _____ | |
| ⁶ () MMII DIÁFISE FÊMUR () TROCÂTER D () COLO FÊMUR () | |
| TÍBIA () FÍBULA () TORNOZELO () | |

RESPIRAR		
¹⁷ Frequência Respiratória	____ ipm	Observações (histórico de doenças respiratórias):
¹⁸ Ausculata pulmonar	¹ Murmúrios vesiculares <input type="checkbox"/> ² Roncos <input type="checkbox"/> ³ Estertores <input type="checkbox"/> ⁴ Sibilos <input type="checkbox"/>	
¹⁹ Dificuldade para respirar	¹ Sim <input type="checkbox"/> ² Não <input type="checkbox"/>	
²⁰ Tosse	¹ Sim <input type="checkbox"/> ² Não <input type="checkbox"/>	
²¹ Utilização de musculatura acessória	¹ Sim <input type="checkbox"/> ² Não <input type="checkbox"/>	
Batimento de asa de nariz	¹ Sim <input type="checkbox"/> ² Não <input type="checkbox"/>	
²² Retração torácica	¹ Sim <input type="checkbox"/> ² Não <input type="checkbox"/>	
²³ Coloração pele/mucosas	¹ Coradas <input type="checkbox"/> ² Descoradas <input type="checkbox"/>	
²⁴ Doenças respiratórias anteriores/atuais	¹ Sim <input type="checkbox"/> ² Não <input type="checkbox"/>	
²⁵ Características da Respiração:	¹ Eupneica <input type="checkbox"/> ² Taquipneica <input type="checkbox"/> ³ Bradpneica <input type="checkbox"/> ⁴ Dispneia <input type="checkbox"/>	
²⁶ Modalidade Respiratória:		

<p>²⁷Acúmulo de secreção Pulmonar: ²⁸Necessidade de Aspiração:</p>	<p>¹VM invasiva <input type="checkbox"/> ²VM não invasiva <input type="checkbox"/> ³Dispneia <input type="checkbox"/> ⁴Espontânea <input type="checkbox"/> ⁵Traqueostomia <input type="checkbox"/> Sat.O2: _____ FiO2: _____ ¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/> ¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/> Quantas vezes/dia: _____</p>	
BEBER E COMER		
<p>²⁹Hábitos alimentares (Boa aceitação da dieta) ³⁰Nº refeições diárias Queixas alimentares ³¹Dependência para alimentação ³²Boca ³³Tipos de Nutrição: ³⁴Icterícia:</p>	<p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ____ refeições/dia _____ _____ ¹Independente <input type="checkbox"/> ²Dependente <input type="checkbox"/> ³Semidependente <input type="checkbox"/> ¹Sem anormalidades <input type="checkbox"/> ²Falha dentária <input type="checkbox"/> ³Prótese <input type="checkbox"/> ⁴Outras lesões: _____ ¹Oral <input type="checkbox"/> ²Parenteral <input type="checkbox"/> ³SNG <input type="checkbox"/> ⁴SNE <input type="checkbox"/> ⁵Gastrostomia <input type="checkbox"/> ¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/></p>	<p>Observações:</p>
ELIMINAR		
<p>Hábitos de diurese ³⁶Dependência para diurese ³⁷Continência ³⁸Processo de digestão satisfatório ³⁹Queixas digestivas/intestinais ⁴⁰Hábitos intestinais ⁴¹Dependência para defecar ⁴²Ausculta TGI ⁴³Abdome ⁴⁴Uso de fraldas ⁴⁵Diuréticos: ⁴⁶Laxantes:</p>	<p>³⁵Quantidade/dia: _____ ¹Independente <input type="checkbox"/> ²Dependente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¹Continente <input type="checkbox"/> ²Incontinente <input type="checkbox"/> ¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/> ¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/> _____ Frequência: _____ ¹Independente <input type="checkbox"/> ²Dependente <input type="checkbox"/> RHA Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ¹Plano <input type="checkbox"/> ²Flácido <input type="checkbox"/> ³Íntegro <input type="checkbox"/> ⁴Tenso <input type="checkbox"/> ¹Distendido <input type="checkbox"/> ²Colostomia <input type="checkbox"/> ¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/> ¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/> ¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/></p>	<p>Observações</p>
MOVER-SE E MANTER UMA BOA POSTURA		
<p>⁴⁷Deambulação ⁴⁸Mobiliza algum membro: ⁴⁹Tempo de imobilidade: ⁵⁰Marcha ⁵¹Postura Adequada ⁵²Atividade Física ⁵³Alterações musculoesqueléticas ⁵⁴Cirurgia: ⁵⁵Dependência para mobilizar e manter postura? ⁵⁶Presença de Déficit motor?</p>	<p>¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/> ¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/> _____ ¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/> ¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/> _____ ¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/> _____ ¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/> ¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/></p>	<p>Observações</p>
DORMIR E REPOUSAR		
<p>⁵⁷Hábito de sono</p>	<p>¹Dificuldade em adormecer <input type="checkbox"/> ²Insônia <input type="checkbox"/> ³Repouso sem</p>	<p>Observações</p>

<p>⁵⁸Uso de medicamentos para dormir</p> <p>⁵⁹Horas de Sono:</p> <p>⁶⁰Acorda durante a noite:</p> <p>⁶¹Dorme durante o dia:</p> <p>⁶²Dispõe de ambiente calmo e confortável para dormir:</p>	<p>alteração <input type="checkbox"/> ¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p>_____</p> <p>¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/></p> <p>¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/></p> <p>¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/></p>	
VESTIR E DESPIR		
<p>⁶³Roupas adequadas/confortáveis</p> <p>⁶⁴Ajuda para vestir-se/despir-se</p>	<p>¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/></p> <p>¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/></p>	Observações
MANTER A TEMPERATURA DO CORPO DENTRO DOS LIMITES NORMAIS		
<p>⁶⁵Temperatura corporal _____ °C</p> <p>⁶⁶Histórico de hipertermia</p> <p>⁶⁷Histórico de hipotermia</p> <p>⁶⁸Veste-se de acordo com a temperatura do ambiente?</p> <p>⁶⁹Necessita de ajuda para manter a temperatura do corpo dentro dos limites normais?</p>	<p>¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/></p>	Observações
ESTAR LIMPO, CUIDADO E PROTEGER TEGUMENTOS		
<p>⁷⁰Hábitos higiênicos</p> <p>⁷¹Dependência</p> <p>⁷²Quantos banhos diários:</p> <p>⁷³Higiene Oral/Quant. de vezes diária?</p> <p>⁷⁴Aparência</p> <p>⁷⁵Pele</p>	<p>¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/></p> <p>¹Não dependente <input type="checkbox"/> ²Dependente <input type="checkbox"/></p> <p>¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/> _____</p> <p>¹Cuidada <input type="checkbox"/> ²Descuidada <input type="checkbox"/></p> <p>¹Pele íntegra <input type="checkbox"/> ²Pele seca <input type="checkbox"/> ³Feridas <input type="checkbox"/></p>	Observações
EVITAR PERIGOS		
<p>⁷⁶Alergias</p> <p>⁷⁷Infecção:</p> <p>⁷⁸Dor:</p> <p>⁷⁹Lesão física</p> <p>⁸⁰Histórico de queda:</p> <p>Função Neurológica</p> <p>⁸¹Estado de consciência</p> <p>⁸²Emoção</p> <p>Avaliação Pupilar</p> <p>⁸³Reação a luz:</p> <p>⁸⁴Simetria:</p> <p>⁸⁵Tamanho</p>	<p>¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/> _____</p> <p>¹Vigil <input type="checkbox"/> ²Confuso <input type="checkbox"/> ³Sonolento <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ¹Calmo <input type="checkbox"/> ²Ansioso <input type="checkbox"/> ³Agressivo <input type="checkbox"/> ⁴Apático <input type="checkbox"/> ⁵Triste <input type="checkbox"/> ⁵Outros <input type="checkbox"/></p> <p>¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/></p> <p>¹Isocórica <input type="checkbox"/> ²Anisocórica <input type="checkbox"/></p> <p>¹Normal <input type="checkbox"/> ²Miose <input type="checkbox"/> ³Midríase <input type="checkbox"/></p>	Observações
COMUNICAR		
<p>⁸⁶Capacidade de discurso</p> <p>⁸⁷Relações familiares, conjugais e afetiva</p> <p>⁸⁸Presença de problema que afeta ou dificulta sua expressão verbal:</p> <p>⁸⁹Audição</p> <p>⁹⁰Visão</p>	<p>¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/></p> <p>¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/></p> <p>¹Sim <input type="checkbox"/> ²Não <input type="checkbox"/></p> <p>¹Normal <input type="checkbox"/> ²Diminuída <input type="checkbox"/> ³Ausente <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ¹Normal <input type="checkbox"/> ²Diminuída <input type="checkbox"/> ³Ausente <input type="checkbox"/></p>	Observações

⁹¹ Consegue se comunicar? ⁹² Presença atual de interação social?	¹ Sim <input type="checkbox"/> ² Não <input type="checkbox"/> ¹ Sim <input type="checkbox"/> ² Não <input type="checkbox"/>	
AGIR DE ACORDO COM SUAS CRENÇAS E VALORES		
⁹³ Religião ⁹⁴ Fé ⁹⁵ Hábitos religiosos ⁹⁶ Existem cuidados de saúde que vão contra as suas crenças religiosas?	_____ ¹ Sim <input type="checkbox"/> ² Não <input type="checkbox"/> _____ ¹ Sim <input type="checkbox"/> ² Não <input type="checkbox"/>	Observações
OCUPAR-SE TENDO EM VISTA A AUTO-REALIZAÇÃO		
⁹⁷ Trabalha ⁹⁸ Profissão ⁹⁹ Participação financeira na família: ¹⁰⁰ Atividade profissional de risco para desencadear algum problema se saúde?	¹ Sim <input type="checkbox"/> ² Não <input type="checkbox"/> _____ _____ ¹ Sim <input type="checkbox"/> ² Não <input type="checkbox"/>	Observações
DISTRAIR-SE		
¹⁰¹ Atividade atual de lazer ¹⁰² Dependência ¹⁰³ O ambiente oferece possibilidades no sentido de se distrair ou divertir-se?	¹ Sim <input type="checkbox"/> ² Não <input type="checkbox"/> Não dependente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> ¹ Sim <input type="checkbox"/> ² Não <input type="checkbox"/>	Observações
APRENDER		
¹⁰⁴ Conhecimento sobre a própria saúde ¹⁰⁵ Capacidade cognitiva ¹⁰⁶ Utiliza os serviços de saúde Interesse em cuidar da saúde	¹ Sim <input type="checkbox"/> ² Não <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> ¹ Sim <input type="checkbox"/> ² Não <input type="checkbox"/> ¹ Sim <input type="checkbox"/> ² Não <input type="checkbox"/>	Observações

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

_____/_____/_____
DATA COLETA

APÊNDICE C - Procedimento operacional padrão (POP) de aplicação do ICD

APÊNDICE C - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) DE APLICAÇÃO DO ICD	
Demandas de necessidades dos idosos vítimas de traumas musculoesqueléticos.	Elaborado em: 02/12/2013 Revisado em: 24/12/2013
Objetivos: <ul style="list-style-type: none">• Este POP tem por objetivo de padronizar e minimizar a ocorrência de desvios na execução da aplicação do ICD junto ao idoso, garantindo bons resultados, minimizando as variações causadas por imperícia e adaptações aleatórias.• Identificar as demandas de necessidades dos idosos vítimas de traumas musculoesqueléticos de membros inferiores, segundo Virgínia Henderson.	
Aplicação: Idosos internados no período de janeiro à agosto de 2014 na unidade de idosos com traumas musculoesqueléticos de membros inferiores.	
Responsável: Samia Mara Barros de Queiroz	
Descrição do 1º momento da atividade: Investigação clínica, incluindo a anamnese e o exame físico utilizando instrumento de avaliação clínica baseado nas quatorze (14) necessidades fundamentais intrínsecas ao ser humano.	
1. <i>Apresentar-se na unidade de idosos, junto ao enfermeiro e toda a equipe;</i>	
2. <i>Certificar-se no prontuário e junto a Enfermeira responsável pela unidade quais os possíveis idosos que preenchem os critérios de inclusão do estudo.</i>	
3. <i>Conferir e reunir todo o material necessário para a coleta de dados: ICD, CANETA, PRANCHETA, ROTEIRO DO EXAME FÍSICO, PARECER DO CEP, LUVAS DE PROCEDIMENTO, ESTETOSCÓPIO + ESFIGNAMANÔMETRO, TERMÔMETRO, LANTERNA, RELÓGIO.</i>	
4. <i>Lavar as mãos;</i>	
5. <i>Abordar o idoso de forma calma, tranquila e segura;</i>	
6. <i>Apresentar-se como enfermeira e/ou acadêmica de enfermagem, com identificação, instituição de ensino, para que o idoso se sinta confiante em você;</i>	
7. <i>Informar para o idoso e acompanhante que está realizando uma pesquisa e explicitá-lo quanto à importância da sua contribuição como participante desta;</i>	
8. <i>Explicar o objetivo da pesquisa lendo ou/deixando-o à vontade para ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e garantindo que ele pode desistir a qualquer momento da pesquisa;</i>	
9. <i>Solicitar caso concorde em ser pesquisado, que assine o TCLE;</i>	
10. <i>Estabelecer um diálogo ativo e propício para este momento falando de forma clara e numa linguagem simples para que o mesmo entenda;</i>	
11. <i>Iniciar o exame físico e anamnese do idoso, seguindo os passos pré-estabelecidos e preenchendo o ICD conforme necessário;</i>	
12. <i>Realizar o exame físico (seguindo o roteiro) e ao mesmo tempo preencher passo a passo o ICD;</i>	
13. <i>Verificar PAS(mmHg) e PAD(mmHg) e registrar no ICD;</i>	
14. <i>Verificar temperatura e registrar no ICD;</i>	
15. <i>Verificar pulso e registrar no ICD;</i>	

a. ROTEIRO DO EXAME FÍSICO

1. Realizar cuidadosamente o EXAME DA CABEÇA

Tamanho do crânio: normocefalia, arredondada e simétrica (alteração: macrocefalia, microcefalia).

Posição e movimento: desvio (torcicolo – inclinação lateral) e alteração do movimento (tiques, paralisia).

Superfície e couro cabeludo (inspeção e palpação).

Saliências (tumores, hematomas), depressões (afundamentos), cicatrizes, lesões e pontos dolorosos.

Higiene do couro cabeludo e cabelos (presença de caspas, piolhos e lêndeas).

Cabelos (implantação, distribuição, quantidade, cor textura, brilho e queda).

Observar alterações como: hirsutismo (aumento anormal da pilificação em todo o corpo), hipertricose, alopecia e calvície.

2. FACE: Fácies: decorrentes de características raciais, componentes psicológicos ou alterações organometabólicas. **Tipos:** normal ou atípica, típica ou patológica (renal, mongoloide, hipertireoidismo, acromegálica). **Expressão fisionômica ou mímica** estado de humor (tristeza, desânimo, dor, alegria). **Simétrica ou normal, assimétrica** (tumefações ou depressão unilateral, paralisias). **Pele:** alterações da cor, cicatrizes, lesões cutâneas (acne, mancha, cloasma).

OLHOS (INSPEÇÃO E PALPAÇÃO): Aspecto: simétricos, límpidos e brilhantes; pálpebras com oclusão completa; conjuntiva palpebral rósea e bulbar transparente; esclerótica branca e limpa; pupilas isocóricas, redondas e reativas à luz.

Alterações: exoftalmias, enoftalmia (afundamento do globo ocular dentro da órbita, causado por desnutrição e desidratação), desvios (estrabismo), movimentos involuntários (nistagmo), ptose (queda) palpebral; ectopia, entropia, midríase (dilatação excessiva da pupila, característica da morte), miose, anisocoria (pupilas desiguais). **Acuidade visual:** redução ou perda da visão (uni ou bilateral), correção parcial ou total com lentes de contato ou óculos. **Observar sintomas gerais:** dor ocular e cefaleia, sensações de corpo estranho, queimação ou ardência, lacrimejamento, sensação de olho seco, hiperemia, secreções, edema palpebral, blefarite (inflamação aguda ou crônica da borda da palpebral), alteração na cor da esclerótica e da conjuntiva, diplopia (visão dupla), fotofobia e escotomas (mancha escura móvel que encobre parte do campo visual).

OUVIDOS (INSPEÇÃO): Posição, tamanho e simetria das orelhas. Acuidade auditiva; perda parcial ou total (uni ou bilateral), uso de aparelho auditivo. Observar sintomas gerais: dor, prurido, zumbido, secreções, edema, hiperemia, sangramento, lesões.

NARIZ E CAVIDADES PARANASAIS (INSPEÇÃO E PALPAÇÃO): Simetria, coloração da mucosa, deformidades, desvio de septo. Observar sintomas gerais; dor, espirros, obstrução nasal (uni ou bilateral), secreção epistaxe, edema, inflamação lesões pólipos, alteração no olfato (hipo/hiperostomia, anastomia (ausência de olfato), cacosmia). Palpação dos seios paranasais nas áreas frontal e maxilar da face.

BOCA E GARGANTA (INSPEÇÃO E PALPAÇÃO): Lábios: cor, textura, hidratação e contorno; **Mucosa oral:** cor, umidade, integridade. **Gengivas e língua:** cor, textura, tamanho e posição. **Dentes:** coloração, número e estado dos dentes, alinhamento da arcada dentária, uso de prótese. **Garganta:** tamanho das amígdalas, presença de exudato ou secreções e nódulos. **Observar sintomas gerais:** mucosas descoradas hipercoreadas, cianóticas ou ictéricas; dor e desconforto oral (odontalgia, glossalgia, disfagia, trismo, dor de garganta), lesões (úlceras, escoriações, cistos, placa branca), estomatite, edema, hiperemia, sangramento gengival, gengivite, descamação, diminuição ou falta de salivação, língua saburrosa, halitose e cáries.

3. PESCOÇO (INSPEÇÃO, PALPAÇÃO E AUSCULTA): Forma e voluma: cilíndrica de contorno regular variando conforme biótipo. **Posição:** mediana, rigidez (torcicolo), ou flacidez muscular. **Mobilidade:** ativa e passiva (flexão, extensão, rotação e lateralidade); alterações: rigidez, flacidez. **Ingurgitamento das jugulares:** turgência e batimentos arteriais e venosos. **Pele:** coloração, sinais flogosísticos (edema, calor, rubor e dor).

Glândulas salivares e gânglios linfáticos (occipitais, auriculares posteriores, paratidianos, submentonianos, submaxilares, cervicais superficiais e profundos) – localização, tamanho/volume, consistência, mobilidade, sensibilidade. **Traqueia:** posição, forma e desvio da linha média. **Tireoide:** volume (normal ou aumentado), consistência (normal, firme, endurecida, pétreia), mobilidade (normal ou imóvel), superfície (lisa, nodular, irregular), sensibilidade (dolorosa ou indolor), temperatura da pele (normal ou quente).

4. EXAME DO TÓRAX: Inspeção estática: estudo do arcabouço torácico (pontos, linhas e regiões anatômicas, forma do tórax). **Inspeção dinâmica:** estudo dos movimentos torácicos

- Forma do tórax: atípica ou normal, típico ou patológico (enfisematoso (ou tonel)), em quilha (ou peito de pombo), pectus excavatum (ou sapateiro), chato, em sino, escoliótico (ou cifo escoliótico). - Deformações da caixa torácica: abaulamentos e retrações. - Alterações da pele: coloração, manchas, cicatrizes e lesões.

Sistema cardiovascular: Inspeção: observar área precordial (protuberância, retrações, ictus), varizes e edema dos MMII. **Palpação:** análise do ictus cordis (4º e 5º EIE de 6 a 10 cm da linha medioesternal), presença de pulsos periféricos (frequência, ritmo, amplitude, tensão), perfusão periférica. **Ausculta:** a) ritmo normal – regular em dois tempos (1ª bulha = fechamento das válvulas mitral e tricúspide = TUM; 2ª bulha = fechamento das válvulas aórtica e pulmonar = TA). b) anormal: irregular (ritmo de galope, extrasístole) c) Focos de ausculta cardíaca: - Foco aórtico (FA) 2ª EID (linha paraesternal direita) - Foco pulmonar (FP) 2ª EIE (linha parasternal esquerda) - Foco tricúspide (FT) na base do apêndice xifoide - Foco mitral (FM) região do ictus cordis (VE).

Sistema respiratório: Inspeção: - estática (forma e tipo de tórax); - dinâmica: movimentos respiratórios (frequência, tipo e ritmo respiratório); - pesquisar tosse (cheia com ou sem expectoração, seca), dor e retrações ao respirar. **Palpação:** - análise da expansibilidade torácica (teste com as mãos – escansão simétrica ou assimétrica) - pesquisar frêmito toraco-vocal (FTV) (teste com as mãos – vibrações) - pesquisar sensibilidade dolorosa, contraturas, edema. **Ausculta:** - sons normais (respiração brônquica, bronco vesicular e murmúrios vesiculares). - sons anormais (ruídos adventícios – roncos e sibilos, crepitações estertoras).

Biótipo: Tipo morfológico (brevilíneo, mediolíneo, longilíneo) expressão manual e frêmito vocal. **Altura:** medidas antropométricas – medida planta-vértice, levando-se em conta a idade, o sexo e a estrutura somática. Importante na classificação do desenvolvimento físico do indivíduo (normal, nanismo, gigantismo).

Peso: Não será mensurado; **Altura:** Não será mensurado;

Pele: Coloração: decorrente da concentração de pigmentos na camada basal da epiderme: leucodermo, melanodermo; alterações: albinismo, icterícia, bronzeamento, carotenodermia, tatuagens. **Temperatura:** normal, elevada (hipertermia generalizada ou segmentar) ou diminuída (hipotermia). **Umidade:** o paciente hidratado apresenta pele úmida e turgor conservado. Observar alterações como: pele úmida e pegajosa, seca, oleosa, hiperidrose, anidrose, hiporidrose. **Turgor:** avaliar a hidratação tecidual que pode estar: normal, aumentada, diminuída. **Elasticidade:** normal, aumentada, diminuída. **Textura:** normal, pele lisa ou fina, áspera, enrugada. **Mobilidade:** normal, aumentada, diminuída. **Lesões elementares:** descrição do tipo, localização, tamanho e profundidade das lesões, presença de secreções, sinais e sintomas, presença de curativos, etc.

ESTADO NUTRICIONAL/HIDRATAÇÃO: Observar mudança recente de peso (obeso, emagrecido, caquético), ingestão atual (apetite, restrições, dietas), problemas alimentares (dificuldade para engolir, mastigar), alteração da umidade e turgor da pele, alteração da umidade das mucosas, especialmente nas situações em que as perdas extras (pó vômitos, diarreia, etc.) se sobrepõem à oferta de líquidos.

ESTADO EMOCIONAL: Verificação do estado emocional/afetivo (ansioso, agressivo, angustiado, deprimido, alegre, choroso, triste, apático).

5. ABDOME: Abordagem geral - Certifique-se que o paciente está com a bexiga vazia; O paciente deve estar deitado confortavelmente, com os braços ao longo do corpo. Na maioria das vezes, uma inclinação dos joelhos ajudará a relaxar os músculos abdominais e facilitará a palpação. Exponha completamente o abdome. Verifique se suas mãos, assim como o diafragma do estetoscópio, estão mornas. O abdome é delimitado externamente pelo apêndice xifoide e rebordo costal, que constituem o limite superior, e a sínfise pubiana o limite inferior. E internamente é constituído pelos músculos abdominais, asas ilíacas, estreito superior e coluna lombar. Seja metódico na visualização dos órgãos subjacentes à medida que inspeciona ausculta, percute e palpa cada quadrante ou região do abdome, que é dividido imaginariamente por duas linhas: uma vertical, que vai do apêndice xifoide a sínfise pubiana, e uma horizontal, que passa pela cicatriz umbilical, dividindo o abdome em quadrantes: quadrante superior direito e esquerdo e inferior direito e esquerdo. Ou podendo ser em regiões: hipocôndrio direito e esquerdo, flanco direito e esquerdo, fossa ilíaca direita e esquerda, e ainda o epigástrico, mesogástrico e hipogástrico. A partir de duas linhas curvas que acompanham o rebordo costal, passando pelo apêndice xifoide, até as linhas axilares médias; duas linhas biliacas que une a espinha ilíacas anterossuperiores horizontalmente. Divididas por duas linhas verticais médio claviculares direita e esquerda.

Inspeção: Quanto à forma, observe o contorno geral do abdome (plano, protuberante, escafoide ou côncavo; volume, densidade, distensão, retração, ascite, gravidez) abaulamento localizado (visceromegalias, tumores, hérnias), pele e fâneros (cicatrices, manchas, estrias, circulação colateral, distribuição de pêlos). **Observar sintomas gerais;** dor (tipo, intensidade, duração, localização, irradiação), eliminações fecais (normal, endurecida, diarreica, melena, presença de muco, sangue, parasitas, flatulências), apetite (percentual de alimentação), anorexia, hiporexia, polifagia, náuseas, vômitos, hematêmese, ulcerações, fissuras ou varizes anais e proeminências localizadas. Observe também a simetria, a peristalse visível e as pulsações aórticas. Observe a cicatriz umbilical quanto ao contorno ou hérnia, e a pele para erupções, estrias, cicatrizes, integridade e presença de circulação colateral. **Ausculta:** É feita antes da percussão e da palpação, pois essas últimas podem alterar as características dos ruídos intestinais. Observe a frequência e o caráter dos ruídos intestinais (altura, duração). Ausculta sobre a aorta e artérias renais (de cada lado do umbigo) para sopros, aneurisma da aorta abdominal, batimentos cardíaco-fetal. **Percussão:** A percussão fornece uma orientação geral quanto ao abdome, presença de massas, líquidos e gases. Proceda metodicamente de quadrante em quadrante, observe o timpanismo e a maciez, investigue a presença de ascite (sinal de piparote). No quadrante superior direito (QSD), na linha médio claviclar, percute a borda do fígado. Comece num ponto de timpanismo na linha médio claviclar do QID e percute para cima até o ponto de maciez (a borda hepática inferior); marque este ponto. Percute para baixo desde o ponto de ressonância pulmonar acima do QSD até o ponto de maciez (a borda superior do fígado) e marque este ponto. Meça em centímetros a distância entre as duas marcas na linha médio claviclar, representa espessura do fígado. O timpanismo da câmara de ar gástrica pode ser percutido no QSE sobre a borda ântero-inferior da reborda costal. A localização do baço costuma ser difícil. Pode ser obscurecida pelo ar gástrico ou cólico. Faz-se a percussão renal para excluir a presença de inflamação, tumor e cálculo renal. No caso de dor registra-se Sinal de Giordano positivo. **Palpação profunda:** Instrua o paciente para relaxar os músculos abdominais. Use a superfície palmar dos dedos de uma das mãos e explore sistematicamente os quatro quadrantes

(Poderá ser necessário usar uma mão sobre a outra para palpar o abdome de um indivíduo obeso ou de um paciente cujos músculos estão retesados). Identifique qualquer massa e anote qualquer hipersensibilidade, observando a expressão facial do paciente enquanto apalpa. Identifique aumento de vísceras, consistência e bordos. Comece colocando a mão esquerda debaixo das costas do paciente ao nível da 11^a – 12^a costela. Coloque a mão direita, com os dedos angulados e dirigidos para a margem costal, logo abaixo da borda inferior do fígado já percutida. Durante a palpação, com a outra mão direita, exerça pressão com os dedos da mão esquerda, para deslocar o fígado anteriormente (para facilitar a palpação). Faça o paciente inspirar, e, durante a expiração, exerça pressão com os dedos da mão direita para dentro. Durante a inspiração profunda realizada pelo paciente mão mude a posição da mão direita; perceba a borda hepática se movendo sobre os dedos. Se nada for percebido durante a inspiração, palpe mais profundamente, e em cada inspiração subsequente desloque o dedo para cima, em direção ao rebordo costal.

Baço: Incline-se sobre o paciente e coloque a mão esquerda atrás da caixa costal esquerda. Coloque a superfície palma da mão direita de forma que as pontas digitais estejam dirigidas para a margem costal esquerda no QSE. A mão direita deve ficar suficientemente afastada da reborda costal para não deixar passar despercebido em fígado aumentado e para permitir a mobilidade da mão direita. Peça ao paciente para realizar uma expiração profunda e tente perceber a borda do baço. Esse procedimento pode ser repetido com o paciente deitado do lado direito, pois a gravidade pode trazer o baço para diante, até uma posição palpável. **Rim:** A seguir palpe os rins esquerdo e direito. Coloque a mão esquerda debaixo das costas do paciente, entre a caixa torácica e a crista ilíaca. Apoie o paciente enquanto palpa o abdome com a superfície palmar direita dos dedos dirigidos para o lado esquerdo do corpo. Palpe tentando aproximar o máximo possível a mão direita da esquerda, ligeiramente abaixo do nível do umbigo, à direita e à esquerda. Quando perceber o rim descreva seu tamanho, formato e qualquer hipersensibilidade. **Outros Achados:** A seguir, palpe a aorta com o polegar e o dedo indicador. Comprima profundamente na região epigástrica (praticamente na linha média) e tente perceber com os dedos as pulsações, assim como o contorno da aorta. A palpação do QID pode revelar a parte do intestino denominado ceco. O cólon sigmoide pode ser palpado no QIE. As áreas, inguinal e femoral devem ser palpadas lateralmente, em busca de gânglios linfáticos. As eliminações fecais devem ser observadas quanto ao tipo/cor (normal, endurecida, líquida, diarreica). O ânus deve ser avaliado quanto à fissura, secreções, varizes, hemorroidas, ulcerações, etc. Inspeccionar pulsação na região umbilical (em cima da cicatriz umbilical= artéria aorta; laterais à cicatriz umbilical= artérias renais).

EXAME FÍSICO DA GENITÁLIA MASCULINA: Não será possível visto que o exame deve ser feito com o paciente de pé, o que não será possível

EXAME FÍSICO DA GENITÁLIA FEMININA: Não será realizado pela não condições dentro da enfermaria.

6. SISTEMA NEUROMUSCULAR (inspeção, palpação e percussão): Sistema musculoesquelético: Extremidades e articulações (inspeção, palpação e movimentação): com o paciente em pé, sentado e deitado. Inspeção da marcha e da postura; atentar para escoliose, cifose, pé torto, cavo ou plano. **Palpação das estruturas osteo-articulares e musculares:** forma, volume, posição, presença de sinais de inflamação, rigidez, crepitação, estalidos e alterações das massas musculares.

Movimentação das articulações: avaliar amplitude de movimentos, e detectar os anormais ou limitados (total, parcial, mínimo, moderado ou intenso). **Observar:** queixas de dor, rigidez pós-reposo, fraqueza muscular, dificuldade para andar, tendência a quedas, febre, anorexia e perda de peso. Avaliar a capacidade do paciente para realizar atividades diárias, como: alimentar-se, banhar-se, vestir-se, locomover-se, usar o banheiro, etc.

7. SISTEMA NEUROLÓGICO (inspeção): **Função cerebral:** consciência, nível de orientação (pessoa, tempo, espaço e situação, memória, raciocínio, comportamento, estado de ânimo e afeto). **Nível de consciência:** alerta, orientado (quanto ao tempo, espaço e pessoa), desorientado (quando há falhas nas respostas), calmo, agitado, obnubilado (desorientado no tempo e no espaço, mas normal em relação a perguntas e respostas de ordem banais e estímulos), torporoso (o doente não é capaz de responder as perguntas de ordem banais), comatoso (respostas nulas a todas as solicitações). **Função motora:** tônus musculares (hipotonia e hipertonia), força muscular nos membros superiores (mão, flexão do antebraço, “bicipital”, elevação do braço e extensão do antebraço). Força muscular dos membros inferiores (flexão da coxa, da perna e do pé; extensão da coxa, da perna e do pé). Postura e motilidade: deambulação, parestesia, hipotonia, hipertonia, paralisia, opstótomo, ausência de membros e calosidades. Músculos: Eutrofia – nutrição e desenvolvimento perfeito e regular de todas as partes do organismo. Atrofia – defeito de nutrição no tecido muscular, causa diminuição no volume do músculo. Coluna: Escoliose – desvio lateral. Lordose – desvio de convexidade anterior. Cifose – desvio de convexidade posterior. Dor e desconforto – observar a expressão do paciente, durante o exame físico e anotar queixas. **Função do cerebelo:** marcha, postura, coordenação estática e dinâmica. **Funções sensitivas:** sensibilidade dolorosa, tátil, térmica, vibratória.

Descrição do 2º momento da atividade:

Uma análise documental complementar do prontuário, mediante um roteiro estruturado composto de dados com a finalidade de coletar dados referentes às variáveis, sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, com quem reside, antecedentes de doenças e causa da fratura que desencadeou o internamento).

1. Preencher todo o formulário no que compete as variáveis sociodemográficas de acordo com o formulário
2. Preencher de forma legível todas as informações do prontuário;
3. **Não esquecer de conferir o nome do paciente, para evitar enganos;**
4. Rever todo o preenchimento do ICD, certificando-se que está devidamente preenchido, caso falte alguma informação, voltar ao idoso e completá-la.
5. Assinar o ICD, não esquecendo de datá-lo.
6. **Lavar as mãos antes e depois de cada avaliação com o idoso.**
7. Entregar ao responsável pela pesquisa todo o material.

ANEXOS

ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE IDOSOS COM TRAUMAS MUSCULOESQUELÉTICOS DE MEMBROS INFERIORES: fundamentação para a prática clínica do enfermeiro.

Pesquisador: Samia Mara Barros de Queiroz **Área Temática:**

Versão: 1

CAAE: 26127313.9.0000.5534

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer:

501.763 **Data da**

Relatoria: 16/12/2013

Apresentação do Projeto:

O envelhecimento populacional, fenômeno jamais vivenciado na história da humanidade, hoje é um ponto importante no foco das políticas públicas e tem sido tema de muitos estudos no mundo e no Brasil, onde mesmo somando à queda das taxas de natalidade dos idosos a proporção de pessoas idosas (com 60 anos ou mais) está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária, onde dados estatísticos revelam que até 2050, o número de idosos representará dois bilhões, sendo 80% destes nos países em desenvolvimento (WHO, 2005). Com vistas a rever o cuidado ao idoso o enfermeiro deve estar atento às mudanças no cenário nacional acerca do envelhecimento humano, para que este aconteça de maneira individualizada e integralizada, respeitando suas limitações físicas e psicológicas. Com o intuito de melhorar a

qualidade da assistência de enfermagem, e conseqüente diminuição de complicações durante o internamento de idosos objetivou-se identificar as demandas de necessidades dos idosos vítimas de traumas musculoesqueléticos de membros inferiores, segundo Virgínia Henderson; Elaborar enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para idosos vítimas de traumas musculoesqueléticos de membros inferiores, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), a partir das demandas de necessidades; Estruturar um Subconjunto Terminológico da CIPE® a partir dos enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem identificados. Optou-se por um estudo transversal de cunho descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa. Como local de estudo, decidiu-se por um hospital público, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), de referência terciária de abrangência estadual e regional para traumas musculoesqueléticos e acidentes violentos situado em Fortaleza-CE. A investigação terá como cenário, a unidade de idosos deste hospital. A população do estudo será constituída por idosos internados com traumas musculoesqueléticos de membros inferiores de ambos os sexos que atenderem aos critérios de inclusão, assim definidos: ter diagnóstico de trauma musculoesquelético de membros inferiores; ter idade igual ou acima de 60 anos: estarem alertas no momento da pesquisa para prestar todas as informações para avaliações das necessidades fundamentais humanas de Virgínia Henderson. A amostra será de 240 pacientes selecionados por conveniência. Primeiramente se procederá a uma análise documental dos prontuários, mediante um roteiro estruturado. Concluída essa etapa dar-se-á a investigação clínica, incluindo a anamnese e o exame físico utilizando instrumento de avaliação clínica baseado nos fundamentos de Virgínia Henderson (2004). A coleta de dados, bem como todas as etapas da pesquisa serão mediadas pelo Processo de Enfermagem. Em continuidade se realizarão 04 oficinas de sensibilização, na unidade cenário da pesquisa, com os enfermeiros nos seus horários de plantão, no tocante à Sistematização da Assistência de Enfermagem. Realizaremos o agrupamento dos enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem construídos na CIPE®, classificando-os de acordo com o modelo de Henderson.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar as demandas de necessidades dos idosos vítimas de traumas musculoesqueléticos de membros inferiores, segundo Virgínia Henderson.

Objetivo Secundário:

Elaborar enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para idosos vítimas de trauma musculoesquelético de membros inferiores, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), a partir das demandas de necessidades; Estruturar um

Subconjunto Terminológico da CIPE® a partir dos enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem identificados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos para os participantes serão mínimos tipo: constrangimento em expor parte de seu corpo, para evitar tal fato ocorrer o(a) pesquisador(a) estará atento para resolvê-los ou minimizá-los respeitando a individualidade no ambiente hospitalar com o uso de divisórias no leito (BIOMBOS) de modo a garantir a privacidade. Se mesmo assim, o participante permanecer com algum receio, a entrevista ou exame físico será suspenso e a continuidade ficará a critério do pesquisado.

Benefícios:

Esta pesquisa trará benefícios aos sujeitos do estudo são a possibilidade de cuidados de enfermagem mais especializados. Outro benefício desta pesquisa compreenderá a utilização pela instituição em estudo de um instrumento que apresenta uma terminologia dinâmica e, de linguagem fácil, e a possibilidade de envolvimento dos profissionais da prática assistencial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Recomendações:

Para quaisquer dúvidas rever a Resolução CNS 466/12 vigente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa atende aos preceitos éticos da pesquisa que envolve seres humanos, conforme a Resolução CNS 466/12. Relatório final deverá ser enviado ao final da pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Os termos de apresentação obrigatória foram disponibilizados adequadamente.

FORTALEZA, 19 de Dezembro de 2013

Assinador por:
DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO
(Coordenador)

ANEXO B - Parecer consubstanciado do CEP (Instituição Coparticipante)

**INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA -
IJF/ PREFEITURA DE
FORTALEZA**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
Elaborado pela Instituição Coparticipante**

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE IDOSOS COM TRAUMAS MUSCULOESQUELÉTICOS DE MEMBROS INFERIORES: fundamentação para a prática clínica do enfermeiro.

Pesquisador: Samia Mara Barros de Queiroz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26127313.9.0000.5534

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer:

523.251 Data da

Relatoria: 30/01/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal de cunho descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa, a ser realizado em hospital público, vinculado ao SUS, de referência terciária de abrangência estadual e regional para traumas musculoesqueléticos e acidentes violentos situado em Fortaleza-CE. A investigação terá como cenário, a unidade de idosos deste hospital. A população do estudo será constituída por idosos internados com traumas musculoesqueléticos de membros inferiores.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar as demandas de necessidades dos idosos vítimas de traumas musculoesqueléticos de membros inferiores, segundo Virgínia Henderson; elaborar enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para idosos vítimas de traumas musculoesqueléticos de membros inferiores, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), a partir das demandas de necessidades; estruturar um Subconjunto Terminológico da CIPE® a partir dos enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem identificados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo poderá contribuir para a prestação de assistência de enfermagem sistemática, baseada em tecnologias, fundamentando cientificamente o cuidado clínico de enfermagem a essa população. É mencionado o risco de constrangimento por parte do sujeito, em expor parte de seu corpo, sendo citado também o que o pesquisador pode fazer para minimizar o risco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa já foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado TCLE, no entanto o texto rico em termos técnicos e a letra com fonte pequena comprometem o entendimento por parte do paciente idoso.

Recomendações:

Recomenda-se revisão do TCLE e utilização de linguagem que favoreça ao entendimento por parte do sujeito da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa atende aos critérios exigidos pela Resolução 466/2012. Não existem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 06 de Fevereiro de 2014

Assinado por:
Márcia Maria Pinheiro Dantas
(Coordenador)