



ARTIGO DE PESQUISA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE IDOSOS CADASTRADOS EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE GOIÁS

NURSING DIAGNOSIS OF AGED REGISTERED IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY OF A TOWN IN THE INTERIOR OF GOIÁS¹

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN ANCIANOS REGISTRADOS EN ESTRATEGIAS DE SALUD DE LA FAMILIA EN UNA CIUDAD DEL INTERIOR GOIÁS¹

Roberta Rodrigues Oliveira¹, Valéria Silva Ribeiro², Gabriella Silva Godoy³, Agueda Maria Ruiz Zimmer Cavalcante⁴, Marina Morato Stival⁵, Luciano Ramos Lima⁶

RESUMO

Objetivou-se identificar Diagnósticos de Enfermagem (DE), de acordo com NANDA-I 2009-2011, em idosos cadastrados em Estratégias de Saúde da Família de uma cidade do interior de Goiás. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa. Participaram da pesquisa 150 idosos, acima de 60 anos, cadastrados em Estratégias de Saúde da Família do município de Anápolis-GO. Foram realizadas consultas de enfermagem. Utilizou-se um questionário semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas. Identificaram-se 28 diferentes DE: risco de quedas (84,0%), dor crônica (58,0%), constipação (40,6%), risco de solidão (38,6%), risco de glicemia instável (18,0%), mucosa oral prejudicada (17,3%), mobilidade física prejudicada (15,3%), eliminação urinária prejudicada (12,0%); deglutição prejudicada (11,3%), dor aguda (10,6%) e outros com frequência $\geq 10\%$. Torna-se importante a identificação dos DE para posteriormente implementar intervenções de enfermagem. Isso requer do profissional enfermeiro conhecimentos e habilidades específicas acerca do processo de envelhecimento para, dessa maneira, desenvolver atividades que busquem prevenir complicações da situação em que o idoso se encontra. **Descritores:** Diagnóstico de enfermagem; Idoso; Estratégia de saúde da família.

ABSTRACT

This study aims to identify the nursing diagnoses (DE) according to the NANDA-I 2009-2011 in aged group enrolled in the Family Health strategy of a town in Goiás. This is a descriptive study of quantitative approach. 150 seniors, over 60 years, enrolled in the Family Health strategy in the city of Anápolis-GO, participated in this research. Nursing consultations were performed. A semi-structured questionnaire with open and closed questions was used. 28 different DE were identified: risk of falls (100.0%), chronic pain (58.0%), constipation (40.6%), risk of solitude (38.6%), risk of unstable glucose (18.0%), impaired oral mucosa (17.3%), impaired physical mobility (15.3%), impaired urinary elimination (12.0%), impaired swallowing (11.3%), acute pain (10.6%) and others with frequency $\geq 10\%$. It's important to identify the DE for further nursing interventions. That requires knowledge and specific skills about the aging process from the nursing professional, so he can develop activities that prevent complications of the situations in which the aged are. **Descriptors:** Nursing diagnosis; Aged; Family health strategy.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo identificar los diagnósticos de enfermería (DE), según 2009-2011 NANDA-I, en adultos mayores inscritos en Estrategias de Salud de la Familia de una ciudad del interior de Goiás. Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo. 150 adultos mayores, de más de 60 años, participaron de la encuesta registrada en las Estrategias de Salud de la ciudad de Anápolis-GO. Fueron realizadas consultas de enfermería. Se utilizó un cuestionario semi-estructurado con preguntas abiertas y cerradas. Se identificaron 28 diferentes DE: riesgo de caídas (84,0%), dolor crónico (58,0%), estreñimiento (40,6%), riesgo de la soledad (38,6%), riesgo de inestabilidad de glucosa en sangre (18,0%), alteración de la mucosa bucal (17,3%), deterioro de la movilidad física (15,3%), eliminación urinaria perjudicada (12,0%), alteración de la deglución (11,3%), dolor agudo (10,6%) y otros con frecuencia $\geq 10\%$. Es importante identificar los DE para después aplicar las intervenciones de enfermería. Esto requiere del enfermero conocimiento y habilidades específicas sobre el proceso de envejecimiento para así desarrollar actividades encaminadas a prevenir las complicaciones de la situación en la que los ancianos se encuentran. **Descriptor:** Diagnóstico de enfermería; Anciano; Estrategia de salud de la familia.

¹Graduanda do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis UniEVANGÉLICA. ²Graduanda do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis UniEVANGÉLICA. ³Graduanda do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Anápolis UniEVANGÉLICA. ⁴Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela UFG, Doutoranda em Enfermagem pela UNIFESP, enfermeira do Hospital das Clínicas/UFG. ⁵Enfermeira, Mestre em enfermagem UFMG, Professora da UNB-FCE. ⁶Enfermeiro, Mestre em Enfermagem pela UFG, especialista em UTI pela UFMG, Professor do Centro Universitário UniEvangélica Anápolis-GO

INTRODUÇÃO

No Brasil, um país em desenvolvimento, considera-se velho ou idoso a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade. O crescimento dessa população é um fenômeno mundial. No Brasil, as modificações ocorrem de forma radical e bastante acelerada. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas. O número de idosos no Brasil passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões, em 2008 – um aumento de quase 700% em menos de 50 anos⁽¹⁾.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde, o aumento da expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no país. Esse aumento do número de anos de vida, no entanto, precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida⁽²⁾.

Dentre as questões que cercam o envelhecimento, a saúde aparece como elemento fundamental pelo seu forte impacto sobre a qualidade de vida. A representação negativa, normalmente associada ao envelhecimento, tem como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças crônicas e dificuldades funcionais⁽³⁾.

Nos idosos algumas doenças crônicas se mantêm ativas. Dada a sua prevalência, devem ser sempre investigadas sistematicamente para serem descartadas. Essas doenças são as afecções cardiovasculares, em especial doença hipertensiva; diabetes e suas complicações; déficits sensoriais (auditivo e visual); afecções osteoarticulares; déficits cognitivos⁽⁴⁾.

O aumento dessa população e principalmente a procura por assistência à saúde tem sido observado nos mais diversos locais que prestam atendimentos. Contudo, constata-se entre os principais problemas dessa clientela a desinformação sobre a saúde, gerando consequências como: o agravamento de quadros sintomáticos antes simples de serem tratados, o aumento do número de doenças crônicas não transmissíveis e aumento do número de reinternações⁽⁵⁾.

No intuito de amenizar os problemas inerentes ao envelhecimento, a Organização Pan-Americana de Saúde introduz um modelo de envelhecimento ativo, que visa otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. O termo ativo refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho⁽²⁾.

Para torná-los ativos, diversos profissionais são necessários nesse segmento, tendo em vista a eficácia do processo de promoção de qualidade de saúde e conseqüentemente, qualidade de saúde⁽²⁾.

A enfermagem enquanto ciência vem buscando estabelecer a saúde do indivíduo inserido em sua comunidade, com enfoque no bem-estar coletivo. Nesse sentido, ao longo dos anos tem aprimorado seu raciocínio clínico, voltando-se para problemas de saúde observados na população em geral. A partir dos problemas identificados, esse profissional pode oferecer intervenções e cuidados que modifiquem e melhorem a vida do indivíduo em foco⁽⁶⁾.

A importância do enfermeiro é ressaltada durante o cuidado do idoso,

mostrando que deve ser valorizada a história de vida do paciente, os sentimentos e medos, destacando que o profissional de enfermagem também é responsável por propiciar ações educativas que instruem o paciente, família e comunidade, atuando de forma decisiva junto com os demais cuidadores informais (família e comunidade), sendo o enfermeiro responsável formal pelo cuidado, promovendo qualidade de vida à população emergente⁽⁷⁾.

Os diagnósticos de enfermagem são elementos fundamentais, pois a precisão e a relevância de toda a prescrição de cuidados dependem da sua capacidade de identificar, de forma clara e específica, tanto os problemas quanto as suas causas. Somente através do julgamento clínico correto é possível prever os diagnósticos de risco reais e, portanto, planejar cuidados que previnam problemas e promovam a saúde⁽⁶⁾.

Os diagnósticos de enfermagem são identificados por enfermeiros durante a realização do Processo de Enfermagem. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) constitui um caminho a ser utilizado por enfermeiros para a realização da consulta de enfermagem que possibilita a identificação das respostas dos pacientes aos problemas de saúde e aos processos vitais que exigem intervenções. Esta é pautada no processo de enfermagem, que consiste em cinco etapas interrelacionadas: histórico ou investigação, diagnóstico, planejamento ou prescrição, implementação e avaliação ou evolução de uma forma sistemática e dinâmica de prestar os cuidados de enfermagem, sendo um caminho viável a ser utilizado por enfermeiros para a realização da consulta de enfermagem, que possibilita a identificação das respostas dos pacientes aos problemas de saúde, através de uma linguagem padronizada, que facilita a comunicação e a classificação desses diagnósticos⁽⁸⁾.

A utilização dessa tecnologia de cuidado possibilita a valorização e autonomia da Enfermagem, visando uma assistência individualizada e de qualidade. A SAE, conforme a resolução do COFEN-358/09, organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem⁽⁹⁾.

Tal operacionalização apresenta maior embasamento teórico com o uso dos sistemas de classificação de enfermagem. Entre eles destaca-se a taxonomia da NANDA-I, constituída por um grupo de diagnósticos de enfermagem diversos e abrangentes identificados na prática de profissionais que atuam em áreas diferentes da profissão, razão dessa taxonomia ser uma grande fonte de diagnósticos de enfermagem, além de ser internacionalmente utilizada por enfermeiros⁽⁷⁾.

Diversos estudos são realizados com o uso dessa taxonomia, que apontam a importância da identificação de diagnósticos de enfermagem de idosos carentes cadastrados em uma estratégia de saúde da família (ESF). Realizado por enfermeiros em um município do interior paulista, foram selecionadas 69 idosas, pobres e do sexo feminino, pois consideraram ser estas mais vulneráveis a problemas de saúde. Nesse estudo foram identificadas 23 categorias de diagnósticos de enfermagem, em média 7,4 diagnósticos/idosa, segundo a taxonomia II da NANDA-I. Os diagnósticos mais frequentes foram: mobilidade física prejudicada, dor crônica, manutenção do lar prejudicada, percepção sensorial prejudicada e outros. Considera-se que estudos que identificam diagnósticos de enfermagem em populações específicas contribuem para a tomada de decisão da equipe de enfermagem com relação aos cuidados necessários e

prioritários, tendo em vista a melhoria dessa população⁽¹⁰⁾.

Um estudo que teve como objetivos: fazer a caracterização dos idosos acamados no domicílio, assistidos pelas equipes da ESF do Bairro Satélite em Teresina-PI e levantar Diagnósticos de Enfermagem e respectivas intervenções; foi constituído de 50 idosos entrevistados no domicílio, cujos resultados mostraram a maioria mulheres, na faixa etária de 60 e 79 anos, que se encontravam acamados entre um e cinco anos. Foram oito os Diagnósticos de Enfermagem (DE) prevalentes, dos quais em 98% dos idosos identificou-se o DE: Controle inadequado do regime terapêutico e em 72% a Deambulação prejudicada com limitação da mobilidade e para todos os diagnósticos foram propostas intervenções de Enfermagem com vistas à conquista da autonomia e independência desses idosos. Ficou evidenciada a importância da assistência, no nível da atenção básica, a esses idosos acamados no domicílio a partir das Equipes da ESF, quando os profissionais, inclusive e principalmente os da Enfermagem, devem atuar na promoção da saúde, prevenção de doenças, colaborando no tratamento de doenças crônicas e finalmente na reabilitação do idoso para aquisição da autonomia e independência potencializando o autocuidado⁽¹¹⁾.

Nesse sentido, corroboramos que a identificação dos diagnósticos de enfermagem contribui para o mapeamento das necessidades dos indivíduos. Nesse caso, a população emergente mostra maior demanda de cuidados que promovam a qualidade de vida, diminua o número de internações e, conseqüentemente, reduza a dependência observada nessa faixa etária. Sendo assim, este estudo tem como objetivo identificar DE, de acordo com NANDA-I 2009-2011, em idosos cadastrados em Estratégias

de Saúde da Família de uma cidade do interior de Goiás.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa, realizada em idosos cadastrados em Estratégias de Saúde da Família de um município do interior do Estado de Goiás no período de Janeiro-Março 2011. A amostra foi composta por 150 idosos com idade igual ou superior a 60 anos. Os critérios de inclusão na pesquisa foram: aceitar participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE), ser idoso (60 anos ou mais) residente no município da referida pesquisa - indivíduos de ambos os sexos. Foi determinado como critério de exclusão indivíduos que após a aceitação da pesquisa e agendamento do dia e horário da coleta de dados não fossem encontrados no domicílio até a terceira visita consecutiva ou que em qualquer momento da pesquisa desistissem de participar da pesquisa. Após serem esclarecidos sobre a pesquisa, os idosos concordaram em participar do estudo e assinaram o TCLE. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Uni EVANGÉLICA com número de protocolo 2896/2010.

Foram realizadas visitas às unidades de saúde, seguindo uma lista de ESF cadastradas pela secretaria de saúde do município, a qual continha o nome e endereço de cada unidade. Posteriormente, foi realizada uma entrevista informal com a enfermeira da unidade visando identificar idosos acima de 60 anos de idade. A partir da identificação dos sujeitos, foi realizado o agendamento das visitas domiciliares conforme a disponibilidade do cliente.

A coleta de dados foi realizada em um ambiente privativo no domicílio de cada idoso

ou no consultório de enfermagem da ESF no qual o sujeito era cadastrado, mediante o preenchimento de um instrumento de coleta de dados elaborado pelos pesquisadores e fundamentado na literatura científica. Este continha aspectos relacionados ao perfil sociodemográfico, de saúde e doença, hábitos alimentares, escala de dor. Foi realizado exame clínico, sendo esse o objetivo deste estudo, os pesquisadores assistiram cada participante conforme as necessidades e diagnósticos de enfermagem identificados.

Os dados obtidos sofreram criteriosa análise, sendo identificados os diagnósticos de enfermagem, com seus respectivos fatores relacionados e características definidoras. Foi realizada frequência simples dos dados a fim de agrupar os diagnósticos mais frequentes. Os dados foram armazenados em um banco de dados, utilizando programa SPSS versão 17.0, e posteriormente foram apresentados em formas de tabelas e quadros que representassem as informações coletadas.

Tabela 1- Distribuição das características sociodemográficas de idosos cadastrados em Estratégias de Saúde da Família do município de Anápolis-GO (n=150), de jan./mar. 2011.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo foram avaliados 150 idosos, dentre eles 63,3% eram do sexo feminino e 36,7% masculino. A idade variou de 60 a 93 anos, sendo que a maior parte, 100 idosos (66,7%), tinha de 60 a 69 anos, a idade média de 68,6 anos e o DP.= 7,3 anos, Máx= 93 e Mín=60 anos. Quanto ao grau de escolaridade, prevaleceu de 1º a 4º série, 56,7%. A maior parte dos idosos era casada (44%) e 35,3% eram viúvos; a fonte de renda da maioria dos idosos é aposentadoria, 57,3%. A renda da maior parte dos idosos foi menor ou igual a um salário mínimo (71,3%). Quanto ao nível de escolaridade, 56,7% são alfabetizados (1ª e 4ª série), como mostra a Tabela 1.

VARIÁVEIS	n	%
SEXO		
Masculino	55	36,7
Feminino	95	63,3
IDADE		
60-69	100	66,7
70-79	35	23,3
>80	15	10
COR		
Branco	110	73,3
Pardos	16	10,7
Negros	24	16
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	45	30
De 1º a 4º série	85	56,7
De 5º a 8º série	17	11,3
Ensino Médio	2	1,3
Superior Completo	1	0,7
ESTADO CIVIL	n	%
Casado	66	44
Viúvo	53	35,3
Divorciado	15	10
Solteiro	16	10,7
RENDA		
≤ 1 SM*	107	71,3
de 1 a 2 SM	27	18
Sem renda	2	1,3
Recusa	14	9,4
FONTE DE RENDA		
Aposentado	86	57,3

Pensionista	18	12
Trabalha	20	13,3
Apos/trab.	9	6
Desempregado	6	4
Sem Remuneração	11	7,4

*SM= Salário Mínimo

Os idosos foram avaliados em suas dimensões sociais e físicas (exame físico, história clínica e avaliação da dor). Dessa forma foi possível identificar 28 Diagnósticos de Enfermagem de acordo com a taxonomia II da NANDA 2009-2011(2010).

Os principais Diagnósticos de Enfermagem encontrados foram: risco de

quedas (84%), dor crônica (58%), constipação (40.6%), risco de solidão (38.6%), risco de glicemia instável (18%), mucosa oral prejudicada (17.3%), mobilidade física prejudicada (17.3%), eliminação urinária prejudicada (12%), deglutição prejudicada (11.3%), dor aguda (10.6%) e outros com menor frequência (Tabela 2).

Tabela 2- Diagnósticos de Enfermagem identificados em idosos cadastrados em Estratégias de Saúde da Família do município de Anápolis, (n=150), de jan./mar. 2011.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	N	%
Risco de quedas	126	84,0
Dor crônica	87	58,0
Constipação	61	40,6
Risco de solidão	58	38,6
Risco de glicemia instável	27	18,0
Mucosa oral prejudicada	26	17,3
Mobilidade física prejudicada	23	15,3
Eliminação urinária prejudicada	18	12,0
Deglutição prejudicada	17	11,3
Dor aguda	16	10,6
Insônia	11	7,3
Risco de função hepática prejudicada	9	6,0
Diarréia	9	6,0
Percepção sensorial perturbada	8	5,3
Síndrome da interpretação ambiental prejudicada	7	4,6
Privação do sono	7	4,6
Nutrição desequilibrada mais que as necessidades corporais	6	4,0
Comportamento de busca de saúde	5	3,3
Tristeza crônica	5	3,3
Risco de intolerância a atividade	4	2,6
Disposição para nutrição melhorada	2	1,3
Manutenção ineficaz da saúde	2	1,3
Integridade tissular prejudicada	2	1,3
Negligência unilateral	2	1,3
Volume de líquido deficiente	1	0,6
Comunicação verbal prejudicada	1	0,6
Memória prejudicada	1	0,6
Proteção ineficaz	1	0,6

Foram selecionados para o estudo apenas os DE com percentual acima de 10%, DE reais e de risco, lembrando que os DE reais, tiveram evidenciados seus fatores relacionados e características definidoras,

quando presentes. E os DE de risco tiveram seus fatores de risco mencionados.

Em um estudo realizado com 24 idosos no período de janeiro a julho de 2003 em um centro de saúde de Fortaleza/CE, avaliou-se a

presença de risco em idosos e os fatores de risco mais citados foram quedas (87,5%); idade igual ou superior a 65 anos (70,8%); dificuldades visuais (95,8%); medicações (75%); quarto não familiar (62,55%) e ausência de antiderrapante (95,8%). Identificou-se que as quedas são importantes fatores causais para aumentar o nível de dependência do idoso, tornando-se uma preocupação específica, já que podem afetar sua capacidade funcional por estar associada a modificações anatômicas atribuídas ao processo natural de envelhecimento e a diversas patologias⁽¹²⁾. No presente estudo, o DE risco de quedas foi identificado em 84% da amostra, tendo como principais fatores de risco: dificuldade visual, idade acima de 65 anos e história de quedas, mostrando a alta prevalência de quedas nos idosos. Os fatores que tornam o idoso suscetível a tal

diagnóstico são as dificuldades funcionais inerentes ao próprio envelhecimento e o ambiente em que vive (degraus, rampas, tapetes e outros). A maior parte dos idosos foi visitada em suas residências, confirmando suas falas quanto aos obstáculos relatados durante a entrevista (Figura 1). Em um estudo que aborda a influência das quedas na qualidade de vida de idosos, em uma comunidade de baixa renda no Rio de Janeiro, mostrou-se que, além de fraturas, as quedas provocam uma série de outras consequências, como o medo de voltar a cair, que passou a fazer parte da vida do idoso e foi referido por 88,5% dos 26 idosos que afirmaram haver tido alguma consequência. Dentre estes, se destacaram o abandono de certas atividades (26,9%), a modificação de hábitos (23,1%) e a imobilização (19%).

Figura 1- Diagnósticos de Enfermagem de Risco e seus respectivos fatores de risco, identificados em idosos cadastrados em uma Estratégia de Saúde da Família do município de Anápolis, (n=150), de jan./mar. 2011.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	FATORES DE RISCO	n(%)
Risco de quedas	Idade acima de 65 anos;	90(60)
	História de quedas	66(44)
	Morar sozinho	22(14,7)
	Dificuldade auditiva	25(16,7)
	Dificuldade visual	105(70)
Risco de solidão	Isolamento físico	25(16,7)
	Privação afetiva	48(32)
Risco de glicemia instável	Manutenção inadequada da glicemia	2(1,3)
	Monitoração inadequada da glicemia	27(18)
	Falta de controle do diabetes	1(0,7)

O medo de cair foi encontrado em alta proporção, é uma consequência destacada por vários autores e traz consigo alterações como perda de autonomia e independência para as atividades de vida diária, diminuição das atividades sociais e sentimentos de fragilidade e insegurança⁽¹³⁾.

O DE risco de solidão foi evidenciado em 58 idosos (38,6%) e condiz com o estado emocional de muitos idosos que se privam

emocionalmente ou se isolam fisicamente, levando-os à diminuição de vínculos afetivos. No momento em que os idosos eram questionados se eles sentiam-se sozinhos, muitos choraram pelos mais diversos motivos, como a morte do esposo(a) ou até mesmo do filho, por não terem a devida atenção por parte de filhos e netos e outros motivos. Em um estudo realizado com idosos residentes em uma instituição de longa permanência

(ILP), de jan./maio de 2009, em Fortaleza/CE, constatou-se que 89,6% dos idosos institucionalizados têm o diagnóstico de interação social prejudicada⁽¹⁴⁾, demonstrando que não só os idosos institucionalizados estão propensos a se sentirem sós, mas que aqueles que estão inseridos em contexto familiar também se queixam de dificuldade de interagir e de solidão. Um estudo realizado com o objetivo de identificar a prevalência de sintomas depressivos em idosos que vivem ILP em Belo Horizonte-MG, verificou que, das 34 idosas, 26 (76,4%) apresentaram sintomas depressivos. Ademais, várias razões poderiam explicar os valores encontrados, pois a amostra associada engloba uma grande variedade de fatores de risco, citados anteriormente: sexo feminino, institucionalização, estado civil, idade, baixa escolaridade e a maioria com algum grau de dependência para atividades da vida diária⁽¹⁵⁾.

O diagnóstico risco de glicemia instável é entendido como risco de variação na glicemia sérica e contribuem de certa forma para o aumento da gravidade por estar associado à doença crônica geralmente existente, e foi encontrado em 27 (18%) dos idosos que tiveram como fatores de risco manutenção e monitoração inadequada da glicemia e falta de controle do diabetes. Em um estudo realizado, entre 66 pessoas com mais de 65 anos, internadas nas unidades clínicas e cirúrgicas do Hospital Universitário do Rio de Janeiro, este DE foi evidenciado em 4% dos idosos⁽¹⁵⁾. Devido aos fatores sociais e culturais, muitos idosos relataram certa indiferença quanto ao Diabetes, ignorando o

tratamento e suas possíveis complicações. O cuidado de enfermagem direcionado à identificação dos riscos potenciais pode contribuir para a promoção da independência e autonomia, para a redução de complicações⁽¹⁶⁾.

Um estudo em idosos que utilizam múltiplos medicamentos mostrou que 59,7% tinham dor crônica, o DE que demonstrou maior frequência. Este estudo ressaltou o sofrimento vivenciado no dia-a-dia dos idosos, impedidos de realizar tarefas, interagir com outras pessoas e manter um padrão de sono satisfatório⁽¹⁷⁾. A dor crônica representa uma condição presente em 58% dos idosos do presente estudo. Ressalte-se que a alta frequência de dor em idosos está relacionada a incapacidade física crônica. Os idosos relatam que as dores atrapalham a realizar atividades da vida diária, a dormir, no convívio social e provocam irritação, em alguns casos até depressão (Figura 2). Em um estudo realizado com o objetivo de caracterizar a dor crônica em idosos residentes na cidade de Cruz Altense/RS, de 48 idosos pesquisados, 56,25% referiram dor crônica, a fim de evidenciar a influência desta na vida diária e na convivência social; foi constatado que a dor confronta o idoso com sua fragilidade e ameaça sua segurança, autonomia e independência, impedindo muitas vezes sua capacidade de realizar as atividades da vida diária, bem como limitando sua capacidade de interação e convívio social, diminuindo consideravelmente sua qualidade de vida⁽¹⁸⁾.

Figura 2. Diagnósticos de Enfermagem, com seus respectivos fatores relacionados e características definidoras, identificados em idosos cadastrados em uma Estratégia de Saúde da Família do município de Anápolis, (n=150), de jan./mar. 2011.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	FATORES RELACIONADOS	N (%)	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	N (%)
Dor crônica	Incapacidade física crônica	71 (47,3)	Irritabilidade	38 (25,3)
	Incapacidade psicossocial crônica	19 (12,7)	Mudanças no padrão de sono	48 (32)

			Relato verbal de dor	87(58)
			Depressão	4 (2,7)
			Alteração na capacidade de continuar atividades prévias	54 (36)

Continuação da Figura 2...

Constipação	Hábitos de evacuação irregulares	61 (40,7)	Esforço para evacuar Mudanças no padrão intestinal;	58 (38,7) 61 (40,7)
Mucosa oral prejudicada	Perda de tecido conjuntivo, adiposo ou ósseo relacionado ao envelhecimento	26 (17,3)	Dificuldade para comer Dificuldade para engolir	24 (16) 6 (4)
Mobilidade física prejudicada	Resistência cardiovascular limitada Perda de integridade de estruturas ósseas Controle muscular diminuída Enrijecimento das articulações ou contratura Falta de suporte físico ou sócio ambiental Desconforto, dor Prejuízos músculo-esqueléticos, neuromusculares.	7 (4,7) 1 (0,7) 1 (0,7) 5 (3,3) 1 (0,7) 23 (15,3) 2 (1,3)	Amplitude limitada de movimento (MMII) Instabilidade postural durante a execução de atividades rotineiras da vida diária Movimentos lentos Capacidade limitada para desempenhar atividades motoras grossas	16 (10,7) 2 (1,3) 4 (2,7) 1 (0,7)
Eliminação urinária prejudicada	Infecção no trato urinário Múltiplas causas	3 (2) 1 (0,7)	Incontinência	18 (12)
Deglutição prejudicada	Defeitos anatômicos adquiridos	14(9,3)	Deglutição retardada	16 (10,7)
Dor aguda	Agentes lesivos (físicos)	16(10,7)	Relato verbal de dor	16 (10,7)

O DE dor aguda teve menor incidência na população estudada, sendo 16 casos (10,6%), tendo como característica definidora relato verbal de dor. No entanto, com relação à intensidade da dor, eles relataram dor intensa. A partir deste estudo, podemos inferir que a população idosa necessita de maior atenção por parte de seus cuidadores, pois as características da dor observadas podem interferir na qualidade de vida dessa população, impondo sofrimento desnecessário.

No presente estudo, 61 idosos (40,6%) apresentam dificuldades para evacuar, que são caracterizados por mudanças no padrão intestinal e esforço para evacuar. Em um estudo realizado em idosos hospitalizados, por meio de busca de informações em 196

prontuários, para obtenção dos DE, a função gastrointestinal esteve prejudicada em 55 dos idosos (28,1%) e 2 (1,0%) com eliminação urinária prejudicada⁽⁸⁾. O presente estudo obteve 12% dos sujeitos com eliminação urinária prejudicada, relacionado à incontinência que corresponde a um problema importante entre os idosos, o que pode acontecer devido às mudanças advindas da velhice no que tange aos aspectos anatômicos e funcionais da bexiga, bem como do sistema nervoso central.

Os DE mucosa oral prejudicada foram identificados em 17,3% dos idosos e deglutição prejudicada em 11,3% deles, sendo caracterizados pela dificuldade para comer, dificuldade para engolir e deglutição retardada.

Um estudo que buscou descrever os DE identificados na população idosa assistida na atenção básica no Brasil publicado nos anos de 2003 a 2008 considera que geralmente esses diagnósticos são encontrados em idosos que apresentam falhas na estrutura ou na função oral, faríngea e esofágica, que contribuem para a diminuição da motilidade digestiva. Muitas vezes, ocorrem espasmos nessas estruturas e refluxo digestivo decorrentes do funcionamento inefetivo do esfíncter esofágico inferior⁽¹⁹⁾.

Estudo recente realizado em unidades de reabilitação, de novembro de 2007 a março de 2008, localizadas na cidade de Fortaleza, investigou a ocorrência do DE mobilidade física prejudicada em pacientes com AVE, e foi constatado que 90% dos pacientes apresentaram o DE em questão, que foi caracterizado por capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas (49,5%), amplitude limitada de movimentos (24,8%) e movimento lentos (3,7%). Quanto aos fatores relacionados encontrados, pode-se destacar prejuízos neuromusculares (100%), contraturas (19,3%), enrijecimento das articulações (16,5%), controle muscular diminuído (11%), prejuízos músculo-esqueléticos (0,9%), e dor (0,9%)⁽²⁰⁾.

No presente estudo tal diagnóstico foi evidenciado em 23 idosos (15,3%), que foram caracterizados por capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas (1), amplitude limitada de movimentos (16), e movimento lentos (4). Quanto aos fatores relacionados encontrados, podemos destacar prejuízos neuromusculares e esqueléticos (2), enrijecimento das articulações e contraturas (5), resistência cardiovascular limitada (7), controle muscular diminuído (1) e dor (23). O DE mobilidade física prejudicada pode acarretar o aparecimento de outras condições mórbidas e tornar o idoso cada vez mais

dependente de outrem, levando-o assim a outros sintomas que possam exigir internações hospitalares⁽¹⁹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível constatar que a maioria dos idosos estudados é do sexo feminino, casado, aposentado e de cor branca, e o grau de escolaridade predominante foi de 1° a 4° série. Foram identificados 28 DE, sendo os principais: risco de quedas, dor crônica, constipação, risco de solidão, risco de glicemia instável, mucosa oral prejudicada, mobilidade física prejudicada. Os principais fatores relacionados foram: incapacidade física crônica, hábitos de evacuação irregulares, desconforto, dor, prejuízos músculo-esqueléticos, neuromusculares. As principais características definidoras: relato verbal de dor, mudanças no padrão de sono, esforço para evacuar, mudanças no padrão intestinal, amplitude limitada de movimento (MMII), incontinência urinária, deglutição retardada, idade acima de 65 anos, história de quedas, morar sozinho, dificuldade auditiva, dificuldade visual, privação afetiva, monitoração inadequada da glicemia.

Com a identificação dos DE é possível identificar os problemas da população idosa. Saber intervir diante de DE, requer do profissional enfermeiro conhecimentos e habilidades específicos acerca do processo de envelhecimento e, dessa maneira, após a identificação do problema expresso pelo DE, pode planejar e desenvolver atividades que atendam os idosos na sua integralidade, promovendo a saúde, buscando prevenir complicações e dando continuidade ao processo de enfermagem para que seja

efetiva a melhora da situação em que o idoso se encontra, uma vez que a identificação dos DE contribui para o conhecimento das características das pessoas que recebem cuidados de enfermagem, e direcionam a assistência.

Também possibilita o fortalecimento das especificidades da profissão, o cuidar como essência. Dessa forma possivelmente favorecerá para o aprimoramento do desenvolvimento do cuidado junto aos idosos.

REFERÊNCIAS

- 1- Veras R . Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev. Saúde Pública 2009;43(3):548-554.
- 2- World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
- 3- Assis M . Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. Rev. APS 2005;8(1)15-24.
- 4- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
- 5- Rodrigues RAP, Diogo MJD, organizadores. Como Cuidar dos Idosos. 4 ed. Campinas: Papiros; 2004.
- 6- North American Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação: 2009-2011. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
- 7- Castro MR, Figueiredo NMA. O estado da arte sobre cuidado ao idoso: diagnóstico da produção científica em enfermagem. Physis 2009;19(3):743-59.
- 8- Santos ASR, Souza PA, Valle AMD, Cavalcanti ACD, Sá SPC, Santana RF. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. Texto contexto - enferm. 2008;17(1):141-149.
- 9- Resolução n. 358 de outubro de 2009 (COFEN). Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4384>
- 10- Marin MJS, Cecílio LCO, Rodrigues LCR, Ricci FA, Druzian S. Diagnóstico de Enfermagem de Idosas Carentes de um Programa de Saúde da Família (PSF). Esc. Anna Nery 2008;12(2):278-284.
- 11- Figueiredo MLF, Luz MHBA, Brito CMS, Sousa SNS, Silva DRS. Diagnósticos de enfermagem do idoso acamado no domicílio. Rev. Bras. Enferm. 2008;61(4):464-469.
- 12- Machado TR, Oliveira CJ, Costa FBC, Araujo TL. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. Rev. Eletr. Enf. 2009;11(1):32-38.
- 13- Ribeiro AP, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. Ciênc. saúde coletiva 2008;13(4):1265-1273.
- 14- Freitas MC, Pereira RF, Guedes MVC. Diagnósticos de enfermagem em idosos dependentes residentes em uma instituição de longa permanência em Fortaleza-CE. Cienc Cuid Saude 2010;9(3):518-526.
- 15- Souza MCMR, Paulucci TD. Análise da sintomatologia depressiva entre idosas institucionalizadas. R. Enferm. Cent. O. Min. 2011;1(1):40-46.
- 16- Sousa RM, Santana RF, Santo FHE, Almeida JG, Alves LAF. Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátricas. Esc. Anna Nery 2010;14(4):732-741.

- 17- Marin MJS, Rodrigues LCR, Druzian S, Cecílio LCO. Diagnóstico de enfermagem de idosos que utilizam múltiplos medicamentos. Rev. esc. enferm. USP 2010;44(1):47-52.
- 18- Celich, KLS, Galon C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2009;12(3):345-359.
- 19- Ferreira CJ, Campos DCS, Castro FG, Silva FWA, Pereira GSM, Waldolato LC, et al. Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos assistidos na atenção básica no Brasil. Rev Enferm UFPE On Line 2010;4(esp):962-71.
- 20- Costa AGS, Oliveira ARS, Alves FEC, Chaves DBR, Moreira RP, Araujo TL. Diagnóstico de enfermagem: mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. Rev. esc. enferm. USP 2010;44(3):753-758.

NOTA: Trabalho de conclusão do curso de graduação em Enfermagem.

Recebido em: 07/06/2011

Versão final reapresentada em: 07/07/2011

Aprovado em: 10/07/2011

Endereço de correspondência

Luciano Ramos de Lima
Qd 203 Lt 04 Apto 702-A Residencial Pau Brasil,
Aguas Claras Sul, Brasília/DF - Brasil. CEP 71939-360
Email:enframosll@gmail.com